

**HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM**  
**HECI**  
**PSICOLOGIA**

LÍVIA MELO SASSEMBURG

**INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA FRENTE AO PACIENTE**  
**FORA DE PERSPECTIVA DE CURA**

CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM – ES  
JANEIRO/2020

# INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA FRENTE AO PACIENTE FORA DE PERSPECTIVA DE CURA

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION FOR THE PATIENT OUTSIDE OF THE HEALING PERSPECTIVE

SASSEMBURG, Livia Melo<sup>1</sup>  
RIBEIRO, Gustavo Zigoni de O.<sup>2</sup>  
GASPAR, Rosita Angelica<sup>3</sup>

## RESUMO

Apesar de ser parte constituinte da vida, a morte é concebida enquanto um evento de difícil elaboração, sofrendo a influência de fatores socioculturais que repercutem no modo com que é tratado o paciente em fim de vida. Assim, torna-se importante aos profissionais que lidam com a pessoa em processo de finitude o desenvolvimento de um olhar que contemple de modo integral a experiência de cada sujeito, para que seja possível um cuidado verdadeiramente efetivo e humanizado. Desse modo, entende-se a importância do cuidado para além dos aspectos biológicos, fornecendo à pessoa que vivencia esse processo, bem como a seus familiares, a possibilidade de um espaço de escuta para suas questões subjetivas. Posta estas considerações, o presente trabalho objetivou discutir as possibilidades de atuação do profissional psicólogo junto ao paciente fora de perspectiva de cura. Para tanto, procedeu-se à análise da produção científica a cerca dos principais aspectos psicológicos e emocionais da pessoa em fim de vida, bem como, os principais fatores influenciadores neste processo.

**Palavras-chave:** Morte; Terminalidade; Aspectos psicológicos; Psicologia.

## ABSTRACT

Although it is a constituent part of life, death is conceived as an event of difficult elaboration, suffering the influence of socio-cultural factors that affect the way the patient is treated at the end of his life. Thus, it is important for professionals who deal with the person in the process of finitude to develop a gaze that integrally contemplates the experience of each subject, so that truly effective and humanized care is possible. In this way we understand the importance of care beyond the

---

<sup>1</sup> Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Psicologia do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, liviamelo.ufes@gmail.com.

<sup>2</sup> Gustavo Zigoni de O. Ribeiro: Mestre em Administração de Empresas, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim – HECI, Espírito Santo.

<sup>3</sup> Rosita Angélica Gaspar: Psicóloga Especialista em Atenção ao Câncer, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, rosi.angelica7@gmail.com.

biological aspects, providing the person who experiences this process, as well as his/her family members, with the possibility of a listening space for their subjective questions. With these considerations in mind, the present work aimed at discussing the possibilities of the professional psychologist's action with the patient outside of a healing perspective. For that, the scientific production was analyzed about the main psychological and emotional aspects of the person at the end of life, as well as the main factors influencing this process.

**Keywords:** Death, Terminality, Psychological aspects, Psychology.

## INTRODUÇÃO

No contexto hospitalar, profissionais das diversas áreas do campo da saúde se deparam com a questão da finitude humana enquanto processo intrínseco ao ciclo vital, porém, a dificuldade em lidar com esta realidade aponta para a necessidade de um maior diálogo social sobre esta temática.

Para Kóvacs (2005) o nosso modo de viver e de morrer é determinado culturalmente, por meio dos valores, significados e representações próprios da cultura em que estamos imersos. Desse modo, nos questiona em que medida somos livres para decidir a cerca da forma com que encaramos a nossa própria vida e morte, na medida em que não nos indagamos a cerca dessa influência. Segundo a autora, a morte gera inúmeros questionamentos e exerce sentimentos ambíguos de fascínio e repulsa, já tendo sido abordada por diferentes áreas do conhecimento, como pelas religiões, ciências, artes, filosofias, entretanto, nenhuma delas é completa e universal (KÓVACS, 2005).

De acordo com Mendes, Lustosa e Andrade (2009) cada cultura constrói diferentes modos de lidar com a morte, transmitidos por diversos meios pelos indivíduos de geração em geração, fazendo parte da formação da identidade de um grupo social. Em cada cultura os rituais fúnebres possuem um significado, cujo objetivo é auxiliar o processo de elaboração do luto pela perda do sujeito. As celebrações se apresentam como forma de unir os indivíduos e como mecanismo de reorganização social, uma vez que se encontram fragilizados pelo impacto da morte no contexto da vida em comunidade. Ainda de acordo com as autoras, diferentes mecanismos de defesa do ego podem ser mobilizados para minimizar ansiedades e angústias que ponham em perigo o equilíbrio interno do coletivo ou do indivíduo.

Em sua obra “Sobre a Morte e o Morrer”, Kübler-Ross (1985) nos aponta sobre alguns mecanismos de defesa frequentemente mobilizados durante o processo de terminalidade, descrevendo cinco estágios emocionais pelos quais pacientes gravemente doentes e sem perspectiva de reversibilidade do quadro clínico poderão passar durante o processo de morrer, a saber: a negação, a revolta, a barganha, a depressão e a aceitação. A autora também discute nesta obra sobre a dificuldade da equipe de saúde em lidar com o paciente em estágio terminal, com a família e na comunicação de notícias difíceis.

Segundo Gutierrez (2001) a definição de paciente terminal é complexa, embora sejam comuns definições consensuais sobre o assunto por parte de alguns profissionais. O autor atenta que esta dificuldade não está relacionada ao ato de reconhecer esta condição, mas de torná-la palpável, uma vez que em torno desta se situarão as consequências. Desse modo, o autor define que a terminalidade é o contexto em que se instaura quando são esgotados os recursos que visam a reversão do quadro clínico e a possibilidade de morte próxima torna-se inevitável e previsível.

Porém, o autor destaca que mesmo perante alguns critérios que possam tornar este momento menos impreciso, a exemplo dos exames laboratoriais e da experiência profissional, tal conceito possui um caráter multifacetado, abrindo-se para a perspectiva de discussão desta definição caso a caso, reconhecendo-a para além dos aspectos biológicos e inserida em um processo cultural e subjetivo (GUTIERREZ, 2001).

Segundo Quintana et. al., (2006) tal fato não envolve apenas um raciocínio lógico, colocando enquanto questão a ausência de parâmetros estritamente definidos que tornem definitivo o diagnóstico de terminalidade. Assim, discute-se que esta é uma decisão que não deve apenas levar em consideração a perspectiva dos profissionais envolvidos, mas, principalmente do paciente e de sua família.

Diante deste contexto, segundo Matsumoto (2012) considerar o esgotamento de recursos terapêuticos que visam a cura de uma doença não significa um desinvestimento das tecnologias medicinais, mas um investimento para se alcançar o equilíbrio necessário entre a ciência e o humano, a fim de apostar na importância da promoção da dignidade da vida e da possibilidade de se morrer em paz.

Assim, torna-se de fundamental importância o aprofundamento do cuidado para além do biológico, buscando proporcionar bem-estar ao paciente e seus familiares, por meio do alívio da dor e da diminuição do desconforto, mas, principalmente, valorizando os processos psicológicos em torno desta vivência. Desta forma, estabelece-se uma nova perspectiva de trabalho, multidisciplinar, nomeada de Cuidados Paliativos (GUTIERREZ, 2001).

Os cuidados denominados paliativos são considerados cuidados de saúde ativos e integrais voltados à pessoa com doença grave, progressiva e que ameaça a continuidade de sua vida. Dessa forma, englobam todas as dimensões humanas, quer sejam, a biológica, social, psicológica e espiritual, objetivando a melhoria da qualidade de vida e do tempo de pacientes e familiares (INCA, 2018).

Em consonância com esta abordagem, o trabalho do psicólogo hospitalar se direciona ao atendimento de usuários e seus familiares, especialmente em casos de terminalidade e morte. Nesse contexto o processo psicoterápico visa à expressão dos sentimentos, a melhora da qualidade de vida e a facilitação da comunicação (KÓVACS, 1992).

Posta estas considerações, o presente trabalho objetivou discutir as possibilidades de atuação do profissional psicólogo junto ao paciente em processo de terminalidade. Para tanto, procedeu-se à análise da produção científica a cerca dos principais aspectos psicológicos e emocionais de pacientes fora de perspectiva de cura, bem como, os principais fatores influenciadores neste processo.

## **METODOLOGIA**

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa qualitativa de Revisão Bibliográfica, também denominada de Revisão de Literatura ou Referencial Teórico. A Revisão Bibliográfica configura-se como “parte de um projeto de pesquisa, que revela explicitamente o universo de contribuições científicas de autores sobre um tema específico” (SANTOS; CANDELORO, 2006, p. 43). Neste estudo optou-se pela utilização do subtipo de revisão bibliográfica denominada “Revisão Narrativa”.

De acordo com Rother (2007): “os artigos de revisão narrativa são publicações amplas apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou conceitual”. Apesar desta ser uma metodologia de baixa evidência científica, devido à sua impossibilidade de reprodução, seu caráter subjetivo proporciona que o pesquisador aborde temas que levantem questionamentos e colaborem na aquisição e atualização do conhecimento em um curto espaço de tempo (ROTHER, 2007).

Segundo Bernardo, Nobre e Jatene (2004) em trabalhos de revisão narrativa não são informadas as fontes de informação utilizadas, a metodologia para busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos, utilizando-se da análise pessoal do autor com base na literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas.

Dessa forma, buscou-se nesse estudo as principais referências e artigos publicados a cerca do tema intervenção psicológica frente ao paciente fora de perspectiva de cura, com ênfase no arcabouço teórico e metodológico da psicologia hospitalar.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **Aspectos socioculturais e o paciente em fim de vida**

Em “Morte e desenvolvimento humano” (Kovács, 1992) a temática da morte é abordada sob a perspectiva sociocultural e suas implicações no modo de conceber esse processo ao longo da história. Segundo a autora, o ser humano é determinado pela consciência objetiva de sua mortalidade e por uma subjetividade que busca a imortalidade, enfatizando que uma sociedade só existe enquanto organizada pela morte, com a morte e na morte.

Ao longo da história, vários são os modos da sociedade em lidar com a morte a depender do tempo histórico em que se encontra. Kóvacs (1992) descreve que na Idade Média as pessoas conheciam a trajetória de sua morte, possuindo uma espécie de intuição sobre sua ocorrência, o que demonstra uma aproximação do ser humano com este evento inevitável. Em contraponto, discute que a partir do século

XX a morte passa a ser escondida e expulsa da vida sem deixar vestígios. É ignorada, silenciada e medicalizada sob o estigma do fracasso e impotência humana, por isso devendo ser ocultada.

Na Modernidade o fato de afastarem as crianças deste evento, impedindo sua participação, demonstra que a morte é encarada como um tabu, onde os debates sobre o tema são considerados mórbidos, o que torna este processo solitário, mecânico e desumano. A morte passa a ser delegada ao hospital e higienizada por meio de protocolos e procedimentos clínicos, transformando a pessoa em objeto de intervenção médica e lhe dificultando o direito de tomar decisões perante o enfrentamento de sua própria finitude (KÜBLER ROSS, 1996).

Kübler Ross (1996) aponta que apesar do avanço da medicina nas últimas décadas, ainda é grande a dificuldade de compreender e lidar com a morte por parte dos profissionais da área da saúde. A autora discute que esta dificuldade está relacionada ao modo do ser humano conceber a morte enquanto um evento desastroso, tornando-se um assunto a ser evitado pela maioria das pessoas, o que afasta e torna mecânica a relação com a pessoa em processo de finitude.

Reconhecer e aceitar a morte enquanto um processo natural transgride as regras implícitas e explícitas que norteiam as práticas dos profissionais de saúde no contexto hospitalar, uma vez que esse ambiente é concebido como lugar de vida, produção de potência e cura (MELO; VALERO; MENEZES, 2013).

Desse modo, Camon (2003), ao discutir sobre as dificuldades relacionadas à concepção de morte e terminalidade, coloca enquanto questão principal a problemática social do paciente terminal, corroborando com o fato da instituição hospitalar e do saber médico atualizarem modos de exclusão daqueles em que a reversão do quadro clínico já não se é possível, por meio da priorização da dimensão biológica em detrimento das demais.

O autor destaca que tal fato possui influência do modo de produção Capitalista, onde a perda da capacidade produtiva poderá ter por consequência, a nível subjetivo, o sentimento de abandono e exclusão frente a um panorama social que valoriza a competição e a produtividade, alijando aqueles que se encontram impossibilitados de contribuir para este funcionamento (CAMON, 2003).

Kóvacs em sua obra “Educação para Morte” (2005) salienta que embora o homem seja o único ser consciente de sua mortalidade e finitude, a sociedade ocidental com toda a sua tecnologia está tornando o homem inconsciente e privado de sua morte. Em contraponto, nos traz inúmeras indagações a cerca da extração do sentido da vida a partir da experiência da morte, nos apontando sobre a possibilidade do ser humano, a partir da singularidade de seu encontro com a finitude, questionar-se e auto descobrir-se, tornando este processo repleto de significações que o auxiliem a lidar de modo menos sofrido frente esta experiência.

A finitude, quando permeada por uma doença crônica e incurável, tem associada a consciência da proximidade do fim da vida, tornando-se um contexto extremamente complexo e específico, uma vez que envolve o sofrimento da pessoa que vive este processo e de quem lhe é próximo. Assim, coloca-se enquanto desafio aos profissionais que lidam diretamente com o paciente em terminalidade a retomada do processo de finitude enquanto algo natural e intrínseco a vida, sendo necessário que estes estejam disponíveis e sensíveis ao contato com esta experiência (PAZES; NUNES; BARBOSA, 2014).

Desse modo, torna-se primordial o estabelecimento de uma aliança terapêutica baseada nos princípios bioéticos, portanto, é de extrema importância que os profissionais de saúde envolvidos desenvolvam um olhar atento para lidar com os desafios da comunicação presentes na efetivação dos cuidados paliativos (PAZES; NUNES; BARBOSA, 2014).

## **A família e o paciente em fim de vida**

O núcleo familiar constitui-se como a primeira unidade de interação de cada indivíduo e é por meio dele que é possível a este se socializar e aprender a conviver em grupo, compartilhando valores e crenças que nortearão a vida de cada um de seus membros. Importante salientar que hoje a concepção de família não se restringe apenas a parentes consanguíneos, mas a todas as pessoas que fazem parte do círculo afetivo do indivíduo (NUNES, 2010).

Mendes, Lustosa e Andrade (2009) discutem que a família é um grupo organizado e que diante do adoecimento de um dos seus integrantes os demais



sofrem os impactos deste processo. Portanto, há uma desestruturação do desenho familiar, evidenciada pela mudança nos papéis desempenhados pelos membros do grupo familiar, implicando na necessidade de reorganização das funções de cada indivíduo que o compõe.

Como aponta Soares (2007), os familiares têm necessidades singulares, porém, de forma geral, apresentam frequências elevadas de estresse, distúrbios do humor e ansiedade durante o acompanhamento do processo de adoecimento de seu familiar, e que muitas vezes persiste após a morte de seu ente querido.

Durante o processo de adoecimento do paciente e perante a instauração do processo de terminalidade, os familiares necessitam ser considerados enquanto atores importantes, uma vez que suas reações muito contribuem para a própria reação do paciente. Soares (2007) discute que nas situações de terminalidade os familiares de pacientes possuem necessidades específicas como:

- “Estar próximo do paciente;
- Sentir-se útil para o paciente;
- Ter ciência das modificações do quadro clínico;
- Compreender o que está sendo feito no cuidado e o porquê;
- Ter garantias do controle do sofrimento e da dor;
- Estar seguro de que a decisão quanto à limitação do tratamento curativo foi apropriada;
- Poder expressar os seus sentimentos e angústias;
- Ser confortado e consolado;
- Encontrar um significado para a morte do paciente” (p. 482).

A família necessita de um cuidado especial desde o instante da comunicação do diagnóstico, uma vez que esse momento possui grande impacto sobre ela, desencadeando uma transformação nos papéis até então exercidos, após a descoberta de que uma doença potencialmente fatal atingiu um dos seus membros. Isso faz com que, em muitas circunstâncias, as necessidades psicológicas dos familiares excedam as do paciente e, dependendo da intensidade das reações emocionais desencadeadas, a ansiedade familiar torna-se um dos aspectos de mais difícil manejo (OLIVEIRA; SANTOS; MASTROPIETRO, 2010).

Em pesquisa de campo realizada por Souza, Barilli e Azeredo (2014) a dor, a angústia e a insegurança pela possibilidade da perda são os sentimentos mais presentes nos familiares diante deste contexto. Para os autores, situações que acontecem de modo abrupto podem desencadear desconforto nas pessoas, pois as

colocam diante do imprevisível de suas vidas, frequentemente negado, convocando-as à se posicionarem se utilizando dos recursos que se apropriaram ao longo de suas histórias de vida.

Desse modo, a enfermidade pode gerar alto nível de estresse em um núcleo familiar, estabelecendo uma crise. Para que seja possível o enfrentamento desta experiência, os familiares terão que vivenciar o processo de luto pela perda, por meio da elaboração do medo e da dor inerentes à mesma (SOUZA; BARILLI; AZEREDO, 2014).

Seki e Galheigo (2010) discutem que diante a uma doença considerada grave a família enfrenta sobrecargas de diversas ordens – física, emocional e social – apresentando repercussões em todas as áreas. As autoras enfatizam, ainda, a presença de sentimentos de culpa diante à doença e impotência frente ao prognóstico, os quais repercutem no modo com que os familiares lidam com esta situação.

Penna (2004) utiliza-se da expressão “ostracismo emocional doloroso” ao movimento, muito comum dos familiares, de superproteger o paciente lhe tirando o direito de tomar decisões quanto à sua vida e do modo de encarar e compreender seu estado, privando o sujeito da possibilidade de construir um sentido para sua experiência e de expressar seus medos e dúvidas sempre que lhe for necessário.

Segundo Volles, Bussoletto e Rodacoski (2012), ao fazer isto a família acaba por prejudicar e afastar este familiar de si, que se sente cada vez mais isolado, inseguro e ansioso em vez de protegido. Ao silenciar, a família deixa de acolher a dor de seu familiar, estreitando seus laços. Desse modo, é necessário considerar a família como núcleo biopsicossocial que possui importante influência no modo com que o sujeito vivencia seu processo de finitude, sendo essencial acolhê-la de modo integral.

A família também passa por estágios de adaptação à morte de seu parente, sendo importante que possa ter um espaço para expressar suas emoções, chorar durante o processo de luto antecipatório, exteriorizar suas culpas, medos e fantasias, para que, por meio disto, possa elaborar e melhor suportar a perda e gradualmente aceitá-la (KÜBLER-ROSS, 1998).

Ainda, segundo os estudos de Kübler-Ross (1998), comumente a família procura esconder seus sentimentos e camuflar a realidade sobre o quadro clínico da pessoa em fase final de vida, no esforço para transmitir uma falsa alegria e não demonstrar o pesar com a morte próxima. Tal fato pode se tornar mais uma fonte de sofrimento para ambas as partes, revelando a importância da equipe de saúde estimular a comunicação entre o paciente e sua família para que possam compartilhar sentimentos, pensamentos e enfrentarem juntos a crise advinda da vivência de terminalidade.

### **Aspectos psicológicos do paciente em processo de finitude e o papel do psicólogo**

A morte enquanto experiência universal e singular se apresenta para o sujeito de modo inevitável, primeiramente, por meio da morte do outro, que o remete a um sentimento de angústia pela separação; e posteriormente, por meio da concepção da própria morte, a qual vem acompanhada de uma consciência de finitude, frequentemente negada, o que funciona como mecanismo de defesa devido ao sofrimento gerado em falar de algo desconhecido e inevitável (RIBEIRO, 2008).

Algumas patologias, a exemplo das neoplasias, podem apresentar uma evolução na qual a reversibilidade do quadro clínico já não é possível, aproximando o sujeito da experiência de finitude. Esta experiência gera inúmeros sentimentos para quem a vivencia, sendo importante acolher a pessoa em suas questões individuais diante da possibilidade de morte (RIBEIRO, 2008).

Para Teixeira (2006), o sofrimento do sujeito adoecido está relacionado às suas limitações, fragilidade do corpo e impotência eminente, aproximando-o da noção de finitude e fazendo com que o mesmo antecipe defesas e mobilize recursos de enfrentamento que ultrapassam os limites da dimensão do organismo. Assim, a doença e os mecanismos de defesa subjetivos excedem a enfermidade como objeto de investigação biológica, abrindo-se para a experiência singular do sujeito que sofre.

Desta forma, a autora citada aponta que há um sofrimento que escapa à simbolização e se reverte no soma, no qual o corpo pulsa em dor, uma dor indizível e resistente, que solicita a implicação do sujeito em seu próprio sofrer, valorizando a

via da palavra enquanto mecanismo auxiliador para que o sujeito possa suportar e consiga dar um contorno a esta experiência (TEIXEIRA, 2006).

Como nos aponta Kübler Ross (1985), o paciente necessita de um contato honesto e uma comunicação fidedigna com os profissionais que lhe prestam cuidado, uma vez que a forma como se dá a comunicação de notícias difíceis a cerca da evolução do quadro clínico possui impacto no modo com que este paciente irá elaborar e enfrentar esta experiência.

A autora discute que saber compartilhar sobre notícias dolorosas, de forma franca, não relacionando-as diretamente à morte iminente e mantendo a possibilidade do paciente em preservar sua esperança, possibilitará que o mesmo possa desenvolver recursos emocionais e psicológicos para lidar de modo mais saudável frente a este momento (KÜBLER ROSS, 1985).

Kubler Ross (1985), a partir de entrevistas realizadas com seus pacientes ao longo de sua prática enquanto médica psiquiatra, descreve cinco estágios emocionais em que, de forma geral, pacientes em estado terminal passam na tentativa de elaboração do luto desencadeado frente ao risco de morte. A mesma salienta que esses estágios não possuem o objetivo de homogeneizar o modo com que as pessoas vivenciam as perdas e o morrer, mas de discutir os diferentes mecanismos de defesas utilizados pelos sujeitos, dentro da singularidade de cada caso, não havendo uma ordem cronológica para a ocorrência dos mesmos.

O primeiro estágio identificado foi o da *Negação*, onde o paciente pode minimizar ou até mesmo desconsiderar a real existência da doença. Este funciona como um anteparo após notícias difíceis e inesperadas, fazendo com que o paciente se recupere e possa mobilizar outros recursos para lidar com a situação.

Quando já não se é possível negar a realidade do adoecimento, a negação passa a dar lugar a sentimentos de raiva, revolta, inveja e ressentimento, frequentemente, direcionadas aos profissionais da equipe, familiares ou a Deus, designando o estágio de *Raiva*.

No estágio nomeado por *Barganha*, comumente é observado que os pacientes utilizam de diversos meios com a finalidade de receber como recompensa um prolongamento de sua vida ou mesmo a cura. Este estágio evidencia um

sentimento de culpa oculta, sendo importante que este não seja menosprezado pela equipe hospitalar.

Quando a realidade do adoecimento torna-se cada vez mais presente (por exemplo, pela maior debilidade física) e o sujeito não mais consegue se ancorar nos mecanismos anteriormente expostos, vive neste momento um sentimento profundo de perda, o que se configura no estágio de depressão. Torna-se essencial neste momento que o paciente possa ser amparado e auxiliado a lidar com as perdas impostas pelo adoecimento e tratamento e, sobretudo, com a possibilidade de morte.

No último estágio denominado por Aceitação, o paciente passa a aceitar a sua situação, após ter tido espaço para expressar seus sentimentos e pensamentos em torno da sua experiência de finitude. É o período em que a família mais pode precisar de ajuda, compreensão e apoio, à medida que o paciente encontra uma certa paz e o interesse pelo mundo exterior diminui. No entanto, há pacientes que mantêm o conflito com a morte, sem atingir esse estágio.

Para Násio (1997) o estresse gerado diante de um diagnóstico de doença que ameaça a continuidade da vida pode criar uma comunicação muito mais profunda entre o paciente, a família e equipe de saúde ou, em outras situações, causar distanciamento e, como consequência, sentimento de solidão para ambos. O paciente dificilmente verbalizará diretamente sobre a morte e sua iminência, porém, aceitá-la como condição humana se torna saudável, no sentido de que por meio do acesso à palavra a morte é significada e possivelmente elaborada.

Sendo assim, a psicologia hospitalar se configura enquanto campo fundamental na abordagem ao paciente em fim de vida, uma vez que seu trabalho tem por principal objetivo os aspectos subjetivos da vivência de adoecimento. O psicólogo intervém por meio da escuta da subjetividade do paciente, possibilitando que o mesmo possa dizer dessa experiência, a partir de seus próprios recursos psíquicos, fazendo valer o lugar de sujeito que a medicina lhe abstém (MORETTO, 2001).

Desse modo o trabalho do psicólogo pode ser entendido como a construção desse espaço de escuta do sujeito e, nesse sentido, ele diz respeito a um suporte ativo. Assim, o que podemos junto ao paciente em processo de finitude é sustentar com o mesmo a real possibilidade da finitude e auxiliá-lo no processo de elaboração

das suas questões subjetivas. Trata-se de acompanhar o paciente em sua tentativa de dizer algo sobre sua história, incluindo a eminência de sua morte (ARANTES, 2016).

Breitbart, et. al. (2004) apud Portenoy *et. al.* (1994); Gibson; Breitbart (2004), discute que a produção de um sentido torna-se vitalmente significativa a medida em que se enfrenta a dor física de uma doença e o sofrimento emocional advindo da ideia de separação da vida e de seus entes queridos. Pontua que a morte fornece solidez e significado à existência que, imbuído de um senso de urgência, não deve ser imposto por outrem, mas construído pelo sujeito.

A busca por um significado no fim da vida não é feita com pequeno esforço; é necessária coragem, empenho e determinação para refletir e se apropriar da própria existência. Ao compreender os significados associados ao sofrimento, torna-se possível à pessoa transformar de modo ativo os sentimentos advindos desse contexto, desempenhando de modo autônomo suas escolhas e ações perante a própria vida e morte (Breitbart; *et. al.*, 2004, apud Frankl VF.,1992; May R.,1975).

Alguns autores apontam que o dispositivo do “Ritual de Despedida” entre familiares e pacientes contribui tanto para a prevenção de sintomas psicopatológicos decorrentes da perda e do luto não elaborados quanto para maior coesão familiar e resolução de conflitos ou pendências inerentes ao relacionamento interpessoal de seus membros, possibilitando que o paciente e sua família possam se organizar e se planejar para a iminência da morte, incluindo as crianças nesse processo (Bowlby, 1998; Imber-Black, 1998; Lisbôa; Crepaldi, 2003). Assim, o ritual de despedida auxilia as famílias a estarem mais próximas, ao mesmo tempo em que se preparam para a separação, como constituinte do processo de vida (Imber-Black, 1998; Lisbôa; Crepaldi, 2003; Parkes, 1998).

Para Callanan; Kelly (1994) e Hennezel (1995), uma das formas de atenuar essa experiência dolorosa é dispor de escuta atenta para as expressões de sentimentos daqueles que estão vivenciando esse momento. Segundo os autores, devemos partir do pressuposto de que quem está morrendo sabe e necessita de auxílio para compreender esta realidade, sendo frequentemente observado nos pacientes em processo de terminalidade falas metafóricas, por vezes

desorganizadas, o que demonstra que na proximidade da morte é comum que os pacientes utilizem uma linguagem simbólica para evocar suas experiências de vida e lidar com a situação da iminência da finitude.

Para Rezende (2000) essas imagens e falas não podem ser interpretadas literalmente, porém, ao se tratar da forma como o paciente consegue comunicar seus sentimentos e emoções neste momento, devem ser escutadas e acolhidas, a fim de auxiliá-lo em seu processo de busca de sentidos e elaboração da experiência de finitude. Assim, enquanto profissional apto à escuta da singularidade do sujeito que sofre, o psicólogo no contexto hospitalar auxilia familiares, equipe e, principalmente, o paciente, lhes dando a possibilidade para a construção de um caminho para uma morte mais natural e tranquila.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apesar de ser parte inerente ao ciclo vital e constituinte do ser humano a morte é concebida como um evento de difícil elaboração, tanto por seu caráter cultural, sendo tratada enquanto algo desastroso pela maior parte da sociedade ocidental, como pelo existencial, onde não há experiências à priori que dê conta para o sujeito de sustentar a sua própria finitude.

Tal fato implica no modo como as pessoas concebem e atravessam o momento final da vida, tendo como principais repercussões emocionais os sentimentos de desamparo e medo frente ao desconhecido e imprevisível desta experiência, sendo de fundamental importância que haja espaço de escuta para as questões e a expressão das emoções presentes nesse contexto.

Desse modo, colocar em análise os processos que perpassam essa experiência torna-se de fundamental importância para uma melhor compreensão a cerca da experiência de finitude, levantando a reflexão sobre os diferentes modos que cada sujeito consegue sustentar esta experiência singular, que só poderá ser constituída a cada caso, ancorada na trajetória de vida de cada pessoa.

Para os profissionais que lidam diretamente com a questão, compreender sobre a constituição do sujeito em processo de finitude implica que se esteja disposto a pensar sobre a sua própria finitude, para que se torne possível um

diálogo verdadeiro e que legitime a experiência do sujeito, efetivando um cuidado que vai para além dos aspectos biológicos.

Assim, o psicólogo no contexto hospitalar ao lidar com o paciente fora de perspectiva de cura poderá fornecer espaço para a construção de um caminho que permita ao sujeito atravessar este momento de modo mais natural e menos sofrido, possibilitando que o mesmo possa dar seu próprio sentido a esta experiência. Sustentar e auxiliar a pessoa na elaboração de suas questões frente a finitude exige que o psicólogo disponha de uma escuta analítica e de sensibilidade para acompanhar as diferentes expressões emocionais presentes nesse momento.



## REFERÊNCIAS

BERNARDO, Wanderley Marques; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce; JATENE, Fábio Biscegli. A prática clínica baseada em evidências: parte II – buscando as evidências em fontes de informação. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 104-108, 2004. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302004000100045&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000100045&lng=en&nrm=iso)>. access on 03 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302004000100045>.

BOWLBY, John. **Apego e perda: Perda, tristeza e depressão**. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 560 p.

BREITBART, William et. al. Psychotherapeutic Interventions at the End of Life: A Focus on Meaning and Spirituality. **Can J Psychiatry**, Vol 49, No 6, June 2004. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674370404900605>.

CAMON (Org.), Valdemar Augusto Angerami; et al. **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. 1ª ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003. 121 p.

CALLANAN, Maggie; KELLEY, Patricia. **Gestos finais: compreendendo a consciência, necessidades e mensagens dos doentes terminais**. São Paulo: Nobel, 1994.

CASTRO-ARANTES, Juliana. Os feitos não morrem: psicanálise e cuidados ao fim da vida. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 637-662, Dec. 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982016000300637&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982016000300637&lng=en&nrm=iso)>. access on 28 Dec. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982016003013>.

GUTIERREZ, Pilar Lecussan. O que é o paciente terminal? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 92, June 2001.

HENZEZEL, Marie de. **La morte intima los que van morir nos enseñam a viver**. Buenos Aires, Argentina: Sudamericana, 1995.

IMBER-BLACK, Evan. **Os rituais e o processo de elaboração**. In F. Walsh & M. McGoldrick (Orgs.), *Morte na família: Sobrevivendo às perdas* (pp. 229-245). Porto Alegre: Artmed, 1998.

KOVÁCS, Maria Júlia. Educação para a morte. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 484-497, 2005. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932005000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000300012&lng=en&nrm=iso)>. access on 03 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932005000300012>.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. 132 p.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1985. 278 p.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LISBOA, Márcia Lucrecia; CREPALDI, Maria Aparecida. Ritual de despedida em familiares de pacientes com prognóstico reservado. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 25, p. 97-109, June 2003. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2003000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2003000200009&lng=en&nrm=iso)>. access on 03 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2003000200009>.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. **Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios**. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). Manual de Cuidados Paliativos ANCP – Ampliado e Atualizado. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 23-30.

MELO, Anne Cristine de; VALERO, Fernanda Fernandes; MENEZES, Marina. A intervenção psicológica em cuidados paliativos. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 14, n. 3, p. 452-469, nov. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862013000300007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000300007&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 28 dez. 2019.

MENDES, Juliana Alcaires; LUSTOSA, Maria Alice; ANDRADE, Maria Clara Mello. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 151-173, jun. 2009. Disponível em

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582009000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100011&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 28 dez. 2019.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados Paliativos. 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos>.

MORETTO, Maria Lívia Tourinho. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 219 p.

NASIO, Juan-David. **O livro da dor e do amor**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1997. 224 p.

NUNES, Maria da Glória dos Santos. **Assistência paliativa em oncologia na perspectiva do familiar: contribuições da enfermagem**. 2010. 82 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2010.

OLIVEIRA, Érika Arantes de; SANTOS, Manoel Antônio dos; MASTROPIETRO, Ana Paula. Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 235-244, June 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722010000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000200002&lng=en&nrm=iso)>. access on 28 Dec. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722010000200002>.

PARKES, Colin Murray. **Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta** (M. H. P. Franco, Trad.). São Paulo: Summus, 1998. 291 p.

PAZES, Maria Catarina Esteves; NUNES, Lucília; BARBOSA, António. Fatores que influenciam a vivência da fase terminal e de luto: perspectiva do cuidador principal. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra , v. serIV, n. 3, p. 95-104, dez. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832014000300011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000300011&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 28 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12135>.

PENNA, Therezinha L. M. Dinâmica Psicossocial de Famílias de Pacientes com Câncer. In Mello Filho, Julio e Bird, Miriam (org). **Doença e Família, cap. 23**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, pp. 379- 389.

QUINTANA, Alberto Manuel et al . Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 35, p. 415-425, dez. 2006 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-)

863X2006000300012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 dez. 2019.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2006000300012>.

RIBEIRO, Euler Esteves. **Tanatologia: Vida e Finitude**. Informações gerais para os módulos: Velhice e Morte, medicina e morte e cuidados paliativos e bioética. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2008. pp.1-146.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 20, n. 2, p. v-vi, June 2007 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso)>. access on 03 Jan. 2020.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.

REZENDE, Vera Lúcia. **Os últimos momentos: abordagem psicológica para pacientes terminais**: Em Vera Lúcia Rezende (Org.), Reflexões sobre a vida e a morte: abordagem interdisciplinar do paciente terminal. Campinas: Editora da Unicamp, 2000. pp. 69-77.

SANTOS, Vanice dos; CANDELORO, Rosana J. **Trabalhos Acadêmicos: Uma orientação para a pesquisa e normas técnicas**. Porto Alegre/RS: AGE Ltda, 2006. 149 p.

SEKI, Natalie Hidemi; GALHEIGO, Sandra Maria. O uso da música nos cuidados paliativos: humanizando o cuidado e facilitando o adeus. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.33, p.273-84, abr./jun. 2010. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a04v14n33.pdf>.

SOARES, Márcio. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 19, n. 4, p. 481-484, dez. 2007. Disponível em  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2007000400013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000400013&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 28 dez. 2019.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2007000400013>.

TEIXEIRA, Leônia Cavalcanti. Um corpo que dói: Considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos. **Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology**, 6 (1), 21-42, 2006.

VOLLES, Camila Christine; BUSSOLETTO, Greici Maestri; RODACOSKI, Giseli. A conspiração do silêncio no ambiente hospitalar: quando o não falar faz barulho. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1,p. 212-231, jun. 2012. Disponível em

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582012000100012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100012&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 30 dez. 2019.