

# **Finitude, paciente terminal e a relação com a família e equipe interdisciplinar**

Fernanda Siqueira Reis<sup>1</sup>

Patrícia Cardoso de Oliveira<sup>2</sup>

Wellington Santana Ferreira<sup>3</sup>

Isabella Drummond O. Laterza Alves<sup>4</sup>

## **Resumo**

Observa-se na atualidade que as pessoas, de modo geral, não conseguem lidar com o fenômeno da morte, principalmente quando diz respeito a seus familiares. Nessa iminência, têm relegado aos hospitais seus entes queridos, ou seja, hoje as pessoas morrem mais nos hospitais do que em casa, e desde aí se percebe a grande negação da dor humana atualmente. Diante dessa situação, nosso objetivo nesta revisão bibliográfica é descrever aspectos psicológicos pautados na relação da equipe interdisciplinar com pacientes terminais e familiares sobre os estágios emocionais diante da morte e o morrer. Destacamos a importância da atuação do psicólogo em questões delicadas como estas, onde a situação de terminalidade existencial afeta tanto a equipe, quanto a família e o próprio paciente, sendo prudente que exista um profissional específico para interferir nestas relações, visando melhor comunicação e suporte emocional num momento delicado como este.

**Palavras chave:** Psicólogo hospitalar, Paciente terminal, Família, Equipe interdisciplinar, Finitude.

## **Abstract**

It is observed today that people, in general, can not cope with the phenomenon of death, especially when it concerns their relatives. At that very moment they have relegated their loved ones to hospitals; And from there we can see the great denial of human pain today. Faced with this situation, our objective in this bibliographic review is to describe psychological aspects based on the relationship of the interdisciplinary team with terminal and family patients on the emotional stages before death and dying. We emphasize the importance of the psychologist's performance in delicate issues such as these, where the situation of existential termination affects both the team, the family and the patient itself, being prudent that there is a specific professional to interfere in these relationships, aiming for better communication and emotional support In a delicate moment like this.

---

<sup>1</sup> Estudante do 9º ano do Curso de Psicologia da Universidade do Estado de Minas Gerais; Unidade Ituiutaba, email: fedorareis@hotmail.com

<sup>2</sup> Estudante do 9º ano do Curso de Psicologia da Universidade do Estado de Minas Gerais; Unidade Ituiutaba, email: patricia\_cardoso01@hotmail.com

<sup>3</sup> Estudante do 9º ano do Curso de Psicologia da Universidade do Estado de Minas Gerais; Unidade Ituiutaba, email: wsf1301@gmail.com

<sup>4</sup> Docente do Curso de Psicologia da Universidade do Estado de Minas Gerais; Unidade Ituiutaba, email: isbelladrummond@gmail.com

**Key words:** Hospital psychologist, Terminal patient, Family, Interdisciplinary team, Finitude

## **1. Introdução**

Este artigo busca, através de pesquisa bibliográfica, relacionar de uma forma geral, questões do contexto hospitalar em relação ao paciente terminal. Tais estudos se fazem necessários para melhor compreensão das possíveis repercussões emocionais que o paciente possa vir a ter, pelo fato de não existirem possibilidades terapêuticas diante de sua enfermidade, além de um prognóstico de morte próxima, assim como as repercussões deste fato, em sua família e na equipe interdisciplinar.

Procuramos identificar o diferencial que possa se estabelecer para uma melhor preparação da equipe interdisciplinar, família e paciente terminal, para que a morte, principalmente em tais circunstâncias aconteça de forma mais digna e com menor grau de sofrimento para todos que nela estão envolvidos diretamente ou indiretamente.

Diante desta situação de sofrimento, acredita-se ser possível programar uma política de assistência e cuidados que honre a dignidade do ser humano mesmo diante das limitações técnicas. Os cuidados paliativos é uma grande esperança para a real efetivação de um cuidado digno das pessoas que têm dor e sofrimento crônicos causados por doenças.

## **2. Falando de morte e morrer**

Este assunto sempre foi um tema que fascina e amedronta a humanidade. O fato mais desconcertante é que a morte para muitos é algo inacessível aos que estão vivos e sobre ela, tanto doutrinas filosóficas, religiosas e mesmo as ciências vêm debruçando-se em reflexões, na tentativa de explicar, clarear, e entender.

Cada povo a interpreta de modo peculiar e passam às futuras gerações suas concepções. Isso significa que nascer e morrer está na subjetividade coletiva.

De acordo com Kovács (1992),

...a consciência da própria morte é fator determinante para a constituição dos seres humanos, sendo que estes são influenciados por essa consciência objetiva. A morte se faz presente no cotidiano, é concreta, e inexorável. Porém, o homem também é constituído por uma subjetividade que busca a imortalidade, sendo a morte encarada como a maior inimiga que precisa ser combatida. A finitude representa uma variante essencial na experiência humana. A representação da morte se dá na forma como ela atinge o ser humano vinculada às concepções culturais e religiosas.

Os povos antigos talvez não escravizados pelo materialismo tivessem uma visão mais consoladora para este assunto, basta ler em Kubler Ross (2005) ao dizer que o povo hebreu considerava o corpo do morto como impuro, e devido a esta crença, não deveria ser tocado. Já os antigos índios americanos falavam dos espíritos do mal, e atiravam flechas ao ar para afugentá-los. Muitas culturas possuem rituais para cuidar da pessoa “má” que morre, os quais se originam deste sentimento de raiva latente no ser humano. Vemos aí que cada povo tem suas particularidades para lidar com este fenômeno, aliás, o único que se tem certeza na vida. Percebemos também uma preocupação mesmo que inconsciente do que possa acontecer depois da morte.

### **3. O Paciente e o enfrentamento da morte**

É muito comentado na obra de Kubler-Ross (2005) os estágios pelos quais passam pacientes, ao tomarem conhecimento da fase terminal de sua doença. Muitos reagem, inicialmente negando-a. A negação inicial pode, em muitos casos, auxiliar alguns pacientes a se preparar para considerar a possibilidade da própria morte, deixando de lado esta realidade, por algum tempo, para terem força e motivação para lutarem pela vida. Este mecanismo de defesa contra a ansiedade frente ao confronto com a inexorabilidade existencial pode ser ruim para o prognóstico do paciente, nos casos em que o afastam da busca de auxílio profissional para lidar com a doença. Nestes casos, o diagnóstico desfavorável pode ameaçar tanto a estrutura do ego deste indivíduo que ele precisa afastar de sua cognição, completamente, este fato que lhe assusta, em prol da sobrevivência de sua estrutura interna, colaborando, muitas vezes, com o agravamento de sua condição física, por falta dos cuidados médicos necessários.

É difícil aceitar a morte diante de um risco eminente, e não é incomum que isto ocorra no começo de uma doença grave. O tempo de permanência negando o risco da morte dependerá de diversos fatores, incluindo: crença, estrutura de personalidade, apoio familiar e de amigos, tipo de cultura, idade, relação com profissionais da saúde, etc. O paciente também pode reagir através sentimentos de raiva, revolta, inveja e mágoa. É muito difícil, do ponto de vista da família e da equipe interdisciplinar lidar com o este tipo de reação. Deve-se isso ao fato dela se propagar em todas as direções, e projetar-se no ambiente, muitas vezes sem razão compreensível.

A barganha, outro dos estágios comuns nos pacientes sem perspectiva de cura, se traduz pela tentativa do paciente fazer algum tipo de acordo interno, com o propósito de adiar o desfecho inevitável. “Se Deus decidiu levar-me deste mundo e não atendeu a meus apelos

cheios de ira, talvez seja mais condescendente se eu apelar com calma.” (KÜBLER-ROSS, 2005, p. 87).

Através da barganha, o paciente procura adiar o máximo possível o que de pior possa acontecer consigo.

Para Kubler-Ross (2005),

...quando o paciente em fase terminal não pode mais negar sua doença, quando é forçado a submeter-se a mais um procedimento cirúrgico ou hospitalização, quando começa a apresentar novos sintomas e tornar-se mais debilitado, não consegue mais esconder de si a doença. Seu afastamento, sua revolta e raiva darão lugar a um sentimento de grande perda, que poderá ter como consequência, a depressão.

A aceitação é o estágio atingido por aqueles pacientes que tiveram tempo necessário e/ou tiveram recebido alguma ajuda para superar tudo que foi descrito anteriormente. O paciente atingirá um estágio em que não mais sentirá depressão nem raiva quanto ao seu futuro. Há diferença entre aceitação e felicidade. É como se a dor tivesse esvanecido, a luta tivesse cessado e fosse chegado o momento do “repouso derradeiro antes da longa viagem”. A família nesse momento, sem dúvida alguma, necessita também de um suporte, pois à medida que o paciente, às vésperas da morte, encontra certa paz e aceitação, seu círculo de interesse diminui. Com isso, muitas vezes este prefere que o deixem só.

#### **4. A esperança diante da doença**

É uma sustentação emocional que precede a morte. É a sensação de que tudo deve ter algum sentido, que pode compensar, caso suportem por mais algum tempo. “É a esperança de que tudo isto não passe de um pesadelo irreal; de que acorde uma manhã com notícia de que os médicos estão prontos para tentar um novo medicamento que parece promissor e que vão testar nele.” (KUBLER-ROSS, 2005, p. 144).

Esse sentimento proporciona aos doentes, em fase terminal, um senso de missão especial, que os ajuda a erguer o ânimo e suportem a mais exames, quando tudo se torna penoso. Para outros continua sendo uma forma de negação temporária, mas necessária.

#### **5. Membros da equipe interdisciplinar e o paciente**

Angerami (2004) ao focar sobre a temática dos aspectos terapêuticos inerentes ao paciente terminal depara-se inicialmente com implicações existentes na sociedade, bem como no contexto hospitalar, que incidem sobre ele. Numa sociedade em que a pessoa é explorada

mercantilmente, a perda da capacidade produtiva fará com que o “desamparo social” seja sentido com mais intensidade.

Existe muita dificuldade por parte da equipe interdisciplinar ou pelo menos para alguns membros em lidar com enfermos praticamente “sem volta”. Trata-se de uma atitude de defesa, assumida de diferentes formas, e, pode acarretar a condenação a uma morte social prematura, para os pacientes fora de condições curativas.

A dificuldade de estabelecer um diálogo com o paciente sem perspectivas de cura se inicia na própria comunicação do diagnóstico. Neste delicado momento é comum a ocultação de informações mais precisas, geralmente sustentada pelo argumento de que essa notícia poderia levar o paciente à depressão, gerando, muitas vezes, um agravamento da doença. No entanto, sob esse manto de proteção, podem estar encobertas dificuldades do profissional da saúde, que receia que a comunicação de um diagnóstico desfavorável diminua a admiração que recebe do enfermo e, principalmente, leve-o a se envolver no sofrimento que essas situações inexoravelmente apresentam. Isto leva alguns profissionais comunicar aos parentes, evitando possível crise emocional.

Trindade, Azambuja, Andrade e Garrafa (2007), relatam que, apesar de alguns médicos ainda não terem o hábito de informar o diagnóstico aos seus pacientes terminais, costumam fazê-lo nos seguintes casos: quando o paciente pergunta diretamente sobre sua condição, quando os médicos percebem que o paciente tem condições emocionais de receber as informações, quando a terapia não está surtindo efeito, quando o paciente se encontra sintomático e/ou quando decisões sobre o tratamento devem ser tomadas.

Ao dizer um diagnóstico infeliz ao paciente deve-se também considerar que enfrentarão juntos, sem abandono. Assim, ele não temerá o isolamento, a rejeição e continuará confiando, certo de que, se algo houver a ser feito, é juntos que farão. A família também se beneficia dessa atitude da equipe.

Segundo Quintana, Kegler, Santos e Lima (2006),

...o despreparo da equipe de saúde para lidar com situações de terminalidade tem duas conseqüências para os profissionais. A primeira representa a sensação de fracasso do que seria a sua missão: curar o doente, do qual decorre o abandono do paciente a seu próprio destino. A segunda conseqüência se manifesta no afastamento que impede o profissional de conhecer o universo desse paciente, suas queixas, suas esperanças e desesperanças, em suma, tudo o que ele sente e pensa nesse período de sua vida e cujo conhecimento o ajudaria a se aproximar do terminal.

Outro fator que contribui para o afastamento da equipe de saúde do paciente terminal é a crença de que o doente nada mais pode fazer do que esperar sua morte. Porém, sabe-se que quando os sintomas físicos e o sofrimento gerado pela doença estão controlados, o paciente consegue dirigir suas preocupações para aspectos psicológicos e pode encontrar, assim, novos significados para sua vida, pois ainda existem diversas preocupações a serem levantadas e trabalhadas com tais pacientes que surgem justamente em decorrência de tal vivência, e além desta. Rever a vida, resolver conflitos pendentes, bem como se preocupar com a situação da família após sua morte são assuntos recorrentes em muitos pacientes terminais.

Lidar com a morte é outro fator difícil para os membros da equipe e isso também dificulta o diálogo com o paciente. Este despreparo se vincula ao papel da equipe de saúde na sociedade, que é visto como o encarregado de diagnosticar o mal e erradicá-lo. Percebe-se claramente a urgente necessidade do psicólogo em ressignificar o sentido da morte em sua própria concepção de vida.

Na área de cuidados paliativos existem estudos e práticas que têm como objetivo resgatar a dignidade do paciente respeitando a sua autonomia e priorizando o princípio da não-maleficência como forma de evitar a “obstinação terapêutica”. Percebe-se então, que uma aproximação ao significado que a fase terminal da vida tem para os profissionais que dela se ocupam, é uma ferramenta importante para permitir à equipe de saúde melhor aproximação destes pacientes (QIUNTANA, KEGLER, SANTOS E LIMA, 2006).

A ortotanásia, atitude presente em equipes de cuidados paliativos, considera exatamente o direito de o paciente morrer dignamente. É em busca da dignidade de morte, que práticas médicas vêm avançando e sendo buscadas, cada vez mais, por equipes de saúde, sempre de formação interdisciplinares. Buscam deixar que a morte chegue, em caso de enfermidades incuráveis ou terminais, utilizando-se de cuidados estritamente paliativos, e não mais curativos, e objetivando, justamente, a diminuição do sofrimento do enfermo. Trata-se de um procedimento ainda muito questionável, mesmo que imbuído de boas intenções, meche com valores e crenças.

## **6. O cuidado para com a família do paciente**

Quando alguém adoece é provável que haja um reflexo grande nos outros membros da família, merecendo atenção específica.

Segundo Soares (2007),

...os familiares têm necessidades próprias e apresentam frequências elevadas de estresse, distúrbios do humor e ansiedade durante o acompanhamento da internação,

e que muitas vezes persiste após a morte de seu ente querido. No processo da doença, os familiares desempenham papel preponderante, e suas reações muito contribuem para a própria reação do paciente.

Da mesma forma que o paciente em fase terminal não suporta encarar a morte o tempo todo, o membro da família não pode, nem deve excluir todas as outras relações para ficar exclusivamente ao lado do paciente. As necessidades da família variarão desde o princípio da doença, e continuarão de formas diversas até muito tempo depois da morte.

Os familiares merecem um cuidado especial, desde o instante da comunicação do diagnóstico, uma vez que esse momento tem um enorme impacto sobre eles, que vêem seu mundo desabar após a descoberta de que uma doença potencialmente fatal atingiu um dos seus membros. Isso faz com que, em muitas circunstâncias, suas necessidades psicológicas 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, VOLTARELLI, SANTOS E MASTROPIETRO, 2005).

Cabe à pessoa que recebe a notícia com o doente, ou encontrar o momento para contar a ele e aos outros membros da família. Em geral, cabe a eles também decidir como e quando informar aos filhos, caso os tenha, tarefa muito difícil, sobretudo em se tratando de crianças pequenas.

Um dos sentimentos mais doloroso, quando se fala de morte, é a culpa. Quando uma doença é diagnosticada como potencialmente fatal, não é raro os familiares se perguntarem se devem se culpar por isto. “Se ao menos o tivesse mandando antes ao médico!” (KÜBLER-ROSS, 2005, p. 167). Falar nessas situações para não se sentirem culpados, não é suficiente. Normalmente, pode-se descobrir a razão mais profunda desse sentimento de culpa ouvindo essas pessoas com cuidado e atenção. É comum os familiares trazerem à tona situações antigas que foram motivos de ressentimentos e se culpam por isso.

Para Soares (2007),

...nas situações de terminalidade, os familiares de pacientes têm necessidades específicas: estar próximo ao paciente; sentir-se útil para o paciente; ter consciência das modificações do quadro clínico; compreender o que está sendo feito no cuidado e o motivo; 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; se confrontado e consolado e encontrar um significado para a morte do paciente.

Devido a esses motivos os hospitais deveriam ter um local mais apropriado para dar suporte aos familiares, com especial atenção por parte da equipe interdisciplinar, inclusive psicólogo e assistente social

É importante ressaltar, que os membros da família experimentam diferentes estágios de adaptação, semelhantes aos descritos com referência aos pacientes. A princípio, pode ser que neguem o fato de que haja aquela doença na família. No momento em que o paciente atravessa um estágio de raiva, os parentes próximos podem apresentar a mesma reação emocional.

Quando acontece o óbito, deve deixar os familiares expressarem seus sentimentos, estando sempre disponível para falar no momento adequado. É longo o período de luto que tem pela frente, quando se teve resolvidos os problemas com o parente falecido. É necessário ajuda e assistência desde a confirmação de um chamado “diagnóstico desfavorável”, até os meses posteriores à morte de um membro da família.

## **7. A intervenção do psicólogo no hospital**

Muitas vezes tem-se dito que não há o que fazer com o paciente terminal porque, na verdade, não se consegue facilmente escutar sobre a morte, a real concretização da castração que o neurótico evita a cada passo que há na vida. Negar atendimento e escuta a um paciente assim seria mais um passo em que se estaria evitando “dar de cara” como própria castração. (MORETTO, 2005).

É necessário que o psicólogo tenha um local adequado para seu trabalho e também para se recompor diante de situações difíceis que aparecem. Vale ressaltar que é difícil fazer um bom trabalho sem as condições necessárias, porque são muitas emoções envolvidas na lida com pacientes terminais, dentre eles fracasso, impotência, noticiar um diagnóstico, expectativas dos familiares e cuidados paliativos.

O psicólogo atuará junto aos membros da equipe interdisciplinar como facilitador do fluxo dessas emoções sinalizando quando suas defesas se esvaírem a ponto de alienarem-se de si mesmos, de seus próprios sentimentos; também auxiliar estes profissionais a lidar, de forma mais adequada, com fontes de tensão interna oriundas de sua prática profissional, possibilitando o retorno ao equilíbrio emocional, principalmente visando um estado de maior tranquilidade para lidar com situações tão difíceis com a de terminalidade de pacientes. O psicólogo também intenta conseguir com que os profissionais da equipe de saúde possam estabelecer uma relação mais saudável com os familiares e pacientes terminais, evitando que os sentimentos destes possam interferir, de forma negativa, em sua estrutura emocional.

O cuidado dos familiares é um das partes mais importantes do cuidado global dos pacientes internados. A atuação do psicólogo se dará ao nível de comunicação, reforçando o trabalho estrutural e de adaptação desses familiares ao enfrentamento da intensa crise que se apresenta, e que lhes pode desestruturar. Nessa medida, a atuação deve se direcionar em nível de apoio, atenção, compreensão, suporte ao tratamento, clarificação dos sentimentos e fortalecimento dos vínculos familiares.

Dessa forma, o psicólogo tem como foco: auxiliar na reorganização egoica frente ao sofrimento; facilitar e trabalhar medos, fantasias, angústias, ansiedades; enfrentamento da dor, sofrimento e medo da morte do paciente; detectar e trabalhar focos de ansiedade, dúvidas; facilitar e incentivar vínculo com a equipe de saúde; detectar e reforçar defesas egoicas adaptativas, etc. Também importante é o trabalho do psicólogo na facilitação da comunicação da família com o próprio paciente, para que se possa, muitas vezes, auxiliar na solução de situações emocionais muitas vezes vividas como difíceis durante a convivência anterior ao advento da doença terminal. Não raro, se pode proporcionar elucidação de situações existenciais mal resolvidas, gerando alívio de culpas, ressentimentos e dores, frutos de relações neurotizadas pela convivência existencial prévia. A preparação de um luto antecipatório, sempre facilita e minimiza dores naturais da perda de entes emocionalmente importantes.

A assistência que o psicólogo presta ao paciente faz com que este esteja consciente de seus deveres, mas também de suas responsabilidades, não delegando apenas aos outros profissionais ou parentes, a incumbência de cuidar dele.

Assim, o paciente, sentindo-se compreendido, percebe-se mais seguro, amparado, aceito e assistido como um todo, podendo entender sua doença tanto no aspecto fisiológico como nas implicações emocionais, conscientizando-se do que é real e das fantasias.

No caso de pacientes em fase terminal, o psicólogo poderá atuar sob a abordagem dos cuidados paliativos, aprimorando a qualidade de vida, dos pacientes e familiares que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida. A preocupação maior deste profissional é facilitar a comunicação tanto do paciente consigo mesmo quanto com sua família e equipe médica, fazendo-o sentir-se acompanhado durante este período existencial tão solitário, e, muitas vezes temido. Facilitar a compreensão de seus próprios sentimentos frente ao morrer, assim como aproximá-lo de relações com as quais ele deseje se acerrar, são tarefas totalmente favoráveis para a qualidade de morte de um paciente terminal.

## 8. Considerações finais

O paciente aqui descrito se relaciona durante seu último período de vida, na maioria das vezes, com a equipe interdisciplinar do hospital, o que envolve médicos, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros entre outros profissionais, e, com a família, gerando assim, dificuldades de enfrentamento da morte a todos os envolvidos, pois, como foi visto, a morte, sendo encarada de forma mais natural ou com maior resistência, costuma gerar um sofrimento singular aos que a vivenciam.

O apoio e cuidados com os sentimentos da família, da equipe de saúde, e, em especial, com a equipe de psicólogos, que atuam no hospital, vêm sendo foco de atuação dos profissionais preocupados com a “qualidade de morte”, assim como com a qualidade de trabalho de equipe e apoio a famílias que se encontram nesta difícil e inexorável situação existencial.

O papel do psicólogo diante do paciente em estágio terminal que já perdeu todas as esperanças é fazê-lo encontrar razões dentro de si para não esmorecer. Oportunidade esta valiosíssima para rever conceitos, estreitar laços, desatar nós. Sentindo que, para além de um corpo doente e que já não responde aos tratamentos, há um ser que ainda existe em sua subjetividade e continuará existindo no coração daqueles que o amam. Morrerá em paz aquele que conseguiu se reconciliar com a vida.

### Referências bibliográficas

Angerami-Camon, V. A. (2004). *Tendências em Psicologia Hospitalar*. São Paulo: Thompson.

Kovács, M. J. (1992). *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kübler-Ross, E. (2005). *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes.

Oliveira, E. A., Voltarelli, J. C., Santos, M. A. & Mastropietro, A. P. (2005). **Intervenção junto à família do paciente com alto risco de morte**. *Revista Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto*. V. 38, n. 1. Ano 5. Acesso em 05/03/09.

Quintana, A. M., Kegler, P., Santos, M., S., & Lima, L. D. (2006). **Sentimento e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal**. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. V. 16, n. 35, Ano 6. Acesso em 12/11/08.

Soares, M. (2007). **Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva. V. 19, n. 4, Ano 7. Acesso em 12/11/08.

Tourinho Moretto, M. L. (2005). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Trindade, E. S., Azambuja, L. E. O., Andrade, J. P. & Garrafa, V. (2006). **O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado.** Revista da Associação Médica Brasileira. V. 53, n. 1. Ano 7. Acesso em 12/11/08.