

# O PROCESSO DE AUTOPERDA DOS PACIENTES EM ESTADO TERMINAL NO CONTEXTO HOSPITALAR: O FAZER DO PSICÓLOGO FRENTE À VIVÊNCIA DA TERMINALIDADE E A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

João Paulo Alves Pereira<sup>1</sup>  
José Rodrigues da Rocha Júnior<sup>2</sup>

Psicologia



ISSN IMPRESSO 1980-1785  
ISSN ELETRÔNICO 2316-3143

## RESUMO

O presente trabalho visa discutir, por meio de pesquisa bibliográfica a periódicos especializados, os aspectos que permeiam o processo de autoperda vivenciado por pacientes em estado de terminalidade, acometidos por doenças crônicas, confinados no ambiente hospitalar em detrimento da condição de criticidade de seu estado de saúde, de modo a compreender o papel do psicólogo frente à inevitabilidade da finitude deles. Busca, ainda, discorrer a importância da comunicação entre os profissionais da saúde para garantia da dignidade do indivíduo humano, bem como a importância dos cuidados paliativos para a resignificação da morte como estágio componente da vida, merecendo, portanto, ser vivenciado em sua plenitude.

## PALAVRAS-CHAVE

Psicologia Hospitalar. Pacientes Terminais. Cuidados Paliativos. Morte. Finitude. Saúde.

## ABSTRACT

The present work aims to discuss, through bibliographic research to specialized journals, the aspects that permeate the self-lost process experienced by terminally ill patients, affected by chronic diseases, confined in the hospital environment to the detriment of the critical condition of their state of health, in order to understand the role of the psychologist in face of the inevitability of their finitude. It also seeks to discuss the importance of communication among health professionals in order to guarantee the dignity of the human individual, as well as the importance of palliative care for the re-signification of death as a component stage of life, deserving, therefore, to be experienced in its fullness.

## KEYWORDS

Hospital Psychology. Patients Terminals. Palliative Care. Death. Finitude. Cheers.

## 1 INTRODUÇÃO

Estudar a finitude e a natureza oriunda do contato com a morte implica entender o paradigma entre o desejo humano de prolongar a própria existência e a autopercepção que se destina a aceitar a limitação e a terminalidade da vida. Morte então assume caráter polissêmico, ou seja, apresenta uma multiplicidade de sentidos, uma vez que seu conceito varia conforme a experiência e o entendimento que cada indivíduo detém do assunto.

Identifica-se, portanto, a partir dessas constatações que não há um consenso no que tange ao seu real conceito, por este responder a experiências singulares e intransferíveis e tal abrangência semântica é ancorada em fatores sócio-histórico-culturais, conforme apontam Mendes e outros autores (2009, p. 152):

Cada cultura interpreta a morte de forma particular, e seus membros tentam perpetuar interpretações, veiculadas de formas diversas, de geração em geração. Na construção da tradição cultural, morte e nascimento representam assuntos de relevância primordial, fundamentais para a formação da identidade de cada grupo social.

Em detrimento da inevitabilidade da morte, a Psicologia transposta para o contexto hospitalar de modo que haja um asseguramento da integridade subjetiva do indivíduo que vivencia o processo de terminalidade, bem como, a utilização de técnicas para lidar com suas variáveis reativas, além de suporte para que haja possibilidade de um enfrentamento saudável por parte de seus familiares diante da iminência da perda. "Nesse sentido, o psicólogo deve ser um agente especializado do ponto de vista

técnico para detectar as necessidades dos pacientes, familiares e equipe em relação ao momento que estão vivendo” (MOREIRA *et al.*, 2012, p. 136).

Dentro dessa perspectiva, surgem os cuidados paliativos cuja proposta visa prestar assistência a pacientes acometidos por doenças progressivas que ameaçam a continuidade do seu ciclo vital. “Este cuidado dentre seus principais objetivos busca suavizar a angústia e o medo do desconhecido que acompanham a doença, bem como, o controle dos sintomas” (FERREIRA; RAMINELLI, 2012, p. 108).

Em outras palavras, o indicativo desse tipo de assistência é ocupar-se com o tratamento do sofrimento em si decorrente da enfermidade e não da busca por uma resolução de caráter organicamente remediativo, tendo em vista que os profissionais que lidam especificamente com essas demandas promovem ações pontuais dentro de condições curativas limitrofes ou esgotativas.

Desse modo, o presente trabalho visa discorrer acerca dos aspectos que envolvem o processo de efemeridade e aceitação da inerente transitoriedade da vida, focando-se na atuação paliativa do psicólogo dentro do contexto hospitalar, abstendo-se do enfoque significativo da temática em uma única vertente teórica.

## **2 O PROCESSO DE ADOECIMENTO E MORTE E SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO ANTE O CONTEXTO HOSPITALOCÊNTRICO**

Segundo os trechos anteriormente aludidos, o significado de morte, bem como a expressão e compreensão da perda variam conforme a singularidade das experiências, sendo a cultura também um fator impositivo e determinante nesse processo. “Parece inevitável que tais variações culturais afetem a reação de cada indivíduo à sua própria morte iminente” (BEE, 1997, p. 591).

Segundo Domingues e outros autores (2013, p. 5): “O estudo da morte como parte do processo de existir conduz ao fato de que, nesta existência, o indivíduo pode ser acometido por uma doença grave, crônica e fatal”. Contudo costuma-se ainda atribuir à morte propriamente dita, essa na qual ocorre a cisão do corpo físico de seu elemento imaterial, um caráter negativo, uma vez que, o próprio processo de adoecimento – estágio anterior à morte orgânica – é por vezes erroneamente encarado como o fracasso de uma existência impositivamente produtiva.

O adoecimento se configura como o enfraquecimento da materialidade e, consequentemente, a perda do sentido valorativo no que se concerne ao papel do indivíduo enquanto ser-no-mundo. Essa crença enraizada se pauta em um princípio capitalista que avalia o indivíduo em detrimento de suas contribuições ao contexto social, sendo ele “descartado” quando essas expectativas não são correspondidas, gerando nele uma sensação de impotência e despertencimento. “Numa sociedade onde a pessoa é espoliada e explorada mercantilmente, a perda da capacidade produtiva fará com que o ‘desamparo social’ seja sentido com mais intensidade” (CAMON, 1994, p. 100).

No entanto, a morte não representa uma questão meramente física, por assim entendermos que seu conceito compreende, a um sentido de perda no geral e, par-

tindo desse pressuposto, o indivíduo, durante seu percurso existencial, sofre perdas tanto físicas como, da mesma forma, simbólicas, fazendo-nos pensar que morte é uma questão além-orgânica. Algumas dessas perdas se manifestam figuradamente no papel do social e o processo de adoecimento “sentencia” uma “morte social”.

Conforme aponta Camon (1994, p. 101):

O paciente portador de doença degenerativa, além da debilidade orgânica inerente à própria doença, carrega o fardo de alguém “desacreditando” socialmente, seja em termos de capacidade produtiva, seja em termos de mitificação de que se reveste a problemática da doença.

A estigmatização da doença como fator limitador ocorre quando se incute a ideia de que o ambiente hospitalar se apresenta como a última perspectiva para o indivíduo acometido. O hospital assume o papel de detentor da vida e da morte, da mesma forma que propõe tratar do indivíduo, credita a ele a ausência da saúde mediante seu isolamento, reforçando assim o estigma da doença e gerando rotulações.

Esse conflito identitário acerca da proposta hospitalar remonta à sua origem no século XVIII, período onde ocorre a necessidade de interdição dos doentes, uma vez que, o adoecer marcava simbolicamente o indivíduo. “O hospital passou ser uma instituição que intervinha sobre a doença e o doente, procurando produzir a cura, numa nova visão de sua atuação, pois, anteriormente, era visto como um lugar para morrer” (MOREIRA *et al.*, 2012, p. 137).

Segundo Hermes e Lamarca (2013, p. 2578).

A origem do mesmo se confunde historicamente com o termo “hospice” – abrigos que tinham a função de cuidar dos viajantes e peregrinos doentes. Essas instituições eram mantidas por religiosos cristãos dentro de uma perspectiva caridosa.

A negação da finitude obriga o distanciamento do contato com o enfermo, pois o contrário promove um rompimento de sua sublimação. Por esse motivo é que “entre 1930 e 1950, há uma aceleração do processo de deslocamento da morte para o hospital” (LAHAN; CHIBA, 2007, p. 199).

Contextualmente, compreende-se que há uma ambivalência no papel do hospital. Em primeiro, se apresenta enquanto possibilidade remediativa, de caráter temporal gradativo ou, em casos de progressão de doenças incuráveis, cria condições de garantia da integridade humana frente ao processo de confronto com uma realidade que antes era negada pelo indivíduo; em segundo, cria barreiras invisíveis de transição ao mundo exterior e contribui para a despersonalização desse indivíduo.

De acordo com Gonçalves e Araújo (2016, p. 6): “A promoção da saúde, do bem-estar, da qualidade de vida e da plenitude do desenvolvimento humano faz parte dos objetivos a que o exercício da psicologia se propõe”, desse modo, cabe ao psi-

cólogo enquanto executor de práticas que garantem a humanização dos processos intra-hospitalares firmar seu compromisso de garantir dignidade à subjetividade do indivíduo e possibilidades de busca de um sentido positivo a esse momento decisivo.

### **3 O PSICÓLOGO FRENTE À INEVITABILIDADE FINITUDINAL: UMA ATUAÇÃO INTERSETORIAL E A ASSISTÊNCIA PALIATIVA A PACIENTES TERMINAIS**

Os cuidados paliativos são imprescindíveis no processo de aceitação da finitude, pois, como não dispõem de medidas curativas, fornecem a diminuição dos níveis de intensidade da doença sobre o indivíduo. “A palavra ‘paliativa’ é originada do latim *palliun* que significa manto, proteção, ou seja, proteger aqueles em que a medicina curativa já não mais acolhe” (HERMES; LAMARCA, 2013, p. 2578).

Essas medidas terapêuticas visam dar enfoque ao melhor interesse do paciente, levando em consideração seus sentimentos, suas angústias e suas impressões diante da finalização do seu ciclo vital. “O termo ‘cuidados paliativos’ é utilizado para designar a ação de uma equipe multiprofissional a pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura” (HERMES; LAMARCA, 2013, p. 2578).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002, on-line):

Cuidado Paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

Os cuidados paliativos se voltam à assistência de pacientes em estado terminal ou acometidos por doenças consideradas graves que põem em risco a continuidade do seu processo existencial. Em outras palavras, “pode ser considerado como paciente terminal aquela pessoa cujo estado de saúde está tão prejudicado que não há mais nenhum tratamento para a recuperação de seu bem-estar” (DOMINGUES *et al.*, 2013, p. 4).

Contudo, vale ressaltar que costuma-se atribuir um valor sinonímico aos termos paciente terminal e paciente oncológico, sendo que, há uma diferença entre ambos, pois “[...] nem todos os pacientes oncológicos são terminais, isto é, há vários tipos de neoplasias que apresentam controle por vários anos e até mesmo uma cura” (LAHAN; CHIBA, 2007, p. 198).

É comum que, diante da iminência da morte ocorram reações diversas, expressões agressivas frente à não-aceitação do fenômeno e da condição de debilidade e sentimentos corrosivos oriundos dos mesmos, desse modo, o psicólogo que lida com essa demanda precisa estar preparado para intervir em situações calamitantes as quais foge à compreensão do próprio indivíduo a naturalização de seu processo de autoperda, estabelecendo uma rede de apoio para que tudo ocorra de modo

estável. “O apoio psicossocial no período da terminalidade é fundamental para auxiliar o enfrentamento do contato com a finitude humana” (MELO *et al.*, 2013, p. 453).

Ainda, partindo desse princípio, Maciel (2008, p. 17) reforça que:

Na fase final da vida, entendida como aquela em que o processo de morte se desencadeia de forma irreversível e o prognóstico de vida pode ser definido em dias a semanas, os Cuidados Paliativos se tornam imprescindíveis e complexos o suficiente para demandar uma atenção específica e contínua ao doente e à sua família, prevenindo uma morte caótica e com grande sofrimento.

O psicólogo é o instrumento pelo qual diversos setores se interligam. Seu fazer consiste na comunicação entre as partes e suas distintas peculiaridades, tornando-as comuns em torno de um mesmo objetivo. Isso não significa que dentro do contexto hospitalar a comunicação soe imprecisa, porém, em muitos momentos pode desencontrar-se de outros elementos dialógicos em decorrência da rotina frenética do respectivo ambiente. “[...] A comunicação adequada é considerada um método fundamental para o cuidado integral e humanizado porque, por meio dela, é possível reconhecer e acolher, empaticamente, as necessidades do paciente, bem como de seus familiares” (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013, p. 2524).

Além disso, sua atuação pode basear-se na percepção do outro por meio de uma comunicação não expressa verbalmente proveniente de uma relação fincada na escuta e no acolhimento prévio, possibilitando a sustentação de um vínculo de confiança entre psicólogo e paciente. “Por isso o fazer psicológico na perspectiva dos cuidados paliativos solicita do profissional especial atenção à linguagem simbólica e ao não dito” (GONÇALVES; ARAÚJO, 2016, p. 2).

Essa comunicação é tida como indispensável na compreensão do paciente, de acordo com Maciel (2008, p. 17), além do psicólogo:

Há necessidade da intervenção de uma equipe de profissionais adequadamente treinada e experiente no controle de sintomas de natureza não apenas biológica, excelente comunicação, para que paciente e seu entorno afetivo entendam o processo evolutivo que atravessam, e conhecimento da história natural da doença em curso, para que se possa atuar de forma a proporcionar não apenas o alívio, mas a prevenção de um sintoma ou situação de crise.

O trabalho voltado ao paciente, confirmando os excertos, deve assumir compromisso interdisciplinar, por assim entender que esse seja o modelo adequado para a vivência hospitalar, permitindo assim que haja uma condução mútua do andamento das tarefas, sendo o psicólogo o mediador nessa relação multi/mútua. Sendo as-

sim, além dessa competência considerada o alicerce de sua prática é seu dever ainda “[...] ajudar na humanização do hospital, ao perceber o paciente como um todo, na junção da sua dimensão biopsicossocial” (MOREIRA *et al.*, 2012, p. 140).

No tocante ao objetivo de ação conjunta, o objetivo final deve sempre ser o paciente e a estabilização de seu estado emocional, uma vez que segundo Domingues e outros autores (2013, p. 3):

É natural que surjam conflitos tanto na dificuldade de aceitação daquele estado terminal, bem como no tratamento de feridas emocionais não curadas, frustrações, arrependimentos, preocupações com projetos em andamento, dentre muitas outras razões que envolvam a vida, a doença e a morte, mesmo que o paciente seja uma pessoa emocionalmente forte.

Em síntese, é importante que se encare a morte como um processo natural, e isso se torna uma realidade concreta quando se estabelece a priori um vínculo de confiança entre o paciente e o psicólogo, pois ainda consiste o seu fazer romper com crenças e fantasias acerca desse tema e do desejo de imortalidade. Desse modo, torna-se enriquecedora a vivência do ciclo vital até o seu último momento e a ressignificação do seu propósito para o indivíduo em sua condição material.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do que foi aqui exposto, é evidente que não se concebe pensar em práticas de saúde sem a participação do psicólogo no processo de aceitação da finitude da vida do indivíduo adoecido; de ressignificação familiar diante da iminência da perda desse indivíduo e da responsabilidade de engajar os demais profissionais de saúde que constituem a equipe multidisciplinar nessa etapa tão decisiva.

A produção científica que aborda a respectiva temática desponta, crescendo considerável na medida em que espaços de fala são abertos para que haja o rompimento de alguns paradigmas e quebra de tabus. A morte ainda é considerada um assunto espinhoso e ocupa o terreno do proibido, sendo desencorajada a vir à tona sempre que mencionada. Apesar de ser uma etapa obrigatória do percurso existencial, é sublimada e substituída por outros investimentos que a ocultam e a reduzem ao estágio do esquecimento.

A psicologia é uma ciência que leva vantagem sobre muitos outros saberes por possibilitar reflexões e aprofundamentos a questões pouco exploradas ou negligenciadas. O psicólogo e sua prática transposta para o ambiente hospitalar revelam a necessidade de confrontar tais inquietações, por essas serem indissociáveis à própria condição do real.

É importante que o autoconhecimento seja um instrumento para que o profissional não se esbarre com questões pouco exploradas acerca de si mesmo, pois a tendência é transferi-las para seu contexto profissional. A natureza humana é finita,

transitória e efêmera, cabendo a nós ter consciência de nossa brevidade e encarar a possibilidade da morte como um fato que merece ser vivido até o último momento.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, C. G. de; COSTA, S. F. G. da; LOPES, M. E. L. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2523-2530, set. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000900006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 jul. 2019.
- BEE, H. **O ciclo vital**. Porto Alegre: Artmed, 1997.
- CAMON, V. A. A. Pacientes terminais: um breve esboço. 1994. *In*: CAMON, V. A. A. (Org.). TRUCHARTE, F. A. R.; KNIJNIK, R. B.; SEBASTIANI, R. W. **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: pioneira, 1994.
- DOMINGUES, Glaucia Regina *et al.* A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. **Psicol. hosp.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 2-24, jan. 2013. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092013000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 26 nov. 2018.
- FERREIRA, A. M. Y.; WANDERLEY, K. da S. Sobre a morte e o morrer: um espaço de reflexão. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 12 (especial), "Finitude/ Morte & Velhice", 2012, p. 295-307. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/20038/14905>. Acesso em: 26 nov. 2018.
- FERREIRA, V. dos S.; RAMINELLI, O. O olhar do paciente oncológico em relação a sua terminalidade: ponto de vista psicológico. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 101-113, jun. 2012. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582012000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 26 nov. 2018.
- GONÇALVES, J. E.; ARAÚJO, V. S. **O psicólogo e o morrer**: Como integrar a psicologia na equipe de cuidados paliativos numa perspectiva fenomenológico existencial. 2016. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1050.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2018.
- HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, set. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000900012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 26 nov. 2018.

LAHAN, C. F.; CHIBA, T. O paciente terminal. 2007. In: QUAYLE, J; LÚCIA, M. C. S. de. **Adoecer**: as interações do doente com sua doença. 2. ed. São Paulo: editora Atheneu, 2007.

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. In: R. A. Oliveira (Org.). **Cuidado paliativo**. São Paulo: Cremesp, 2008. p. 15-32. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/446028/mod\\_resource/content/1/Cuidados\\_Paliativos\\_CREMESP.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/446028/mod_resource/content/1/Cuidados_Paliativos_CREMESP.pdf). Acesso em: 26 nov. 2018.

MELO, A. C. de; VALERO, F. F.; MENEZES, M. 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). Acesso em: 27 nov. 2018.

MENDES, J. A.; LUSTOSA, M. A.; ANDRADE, M. C. M. 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). Acesso em: 26 nov. 2018.

MOREIRA, E. K. C. B.; MARTINS, T. M.; CASTRO, M. M. de. Representação social da Psicologia Hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 134-167, jun. 2012. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582012000100009&lng=en&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 26 nov. 2018.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Definição de cuidados paliativos. 2002. Disponível em: <http://www.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em: 26 nov. 2018.

---

**Data do recebimento:** 16 de julho de 2019

**Data da avaliação:** 29 de julho de 2019

**Data de aceite:** 29 de julho de 2019

---

1 Acadêmico do curso de Psicologia do Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL.  
E-mail: joaopaulopsi2015@gmail.com

2 Doutor em Psicologia (Psicologia Clínica e Psicossomática) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2004); Mestre em Psicologia (Psicologia Social) pela Universidade Federal da Paraíba (1995); Professor titular I do Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL. E-mail: psicologorochajr@gmail.com

