



Estudos e Pesquisas em Psicologia

E-ISSN: 1808-4281

revispsi@gmail.com

Universidade do Estado do Rio de
Janeiro
Brasil

Fernandes Vieira de Melo, Adriana; Lima Zeni, Luciana; da Costa, Célia Lúcia; Fava,
Antônio Sérgio

A importância do acompanhamento psicológico no processo de aceitação de morte

Estudos e Pesquisas em Psicologia, vol. 13, núm. 1, 2013, pp. 152-166

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451844510010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A importância do acompanhamento psicológico no processo de aceitação de morte

The importance of the psychological monitoring in the process of accepting the death

Adriana Fernandes Vieira de Melo*

Hospital do Servidor Público Estadual-IAMSPE, São Paulo, São Paulo, Brasil

Luciana Lima Zeni**

Fundação Antônio Prudente, São Paulo, São Paulo, Brasil

Célia Lídia da Costa***

Fundação Antônio Prudente, São Paulo, São Paulo, Brasil

Antônio Sérgio Fava****

Hospital do Servidor Público Estadual-IAMSPE, São Paulo, São Paulo, Brasil

RESUMO

Poucos eventos na vida são capazes de isolar alguém como a progressão de uma doença potencialmente fatal. O sofrimento causado pela proximidade da morte pode ser diminuído ou aumentado por fatores psicológicos, sociológicos, culturais e espirituais. Adquirir a consciência e aceitação que a morte está próxima poderá tornar tal processo mais humano. Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo discutir a morte e o morrer, seus significados e diferenças culturais, a atuação do profissional de psicologia junto aos pacientes e seus familiares no processo de aceitação de morte. Para ilustrar as dificuldades vividas neste processo e todas as angústias suscitadas neste período, são apresentados dois casos clínicos. As observações, reflexões, intervenções e o acolhimento oferecidos no processo terapêutico podem ajudar significativamente e, de alguma forma, as pessoas podem entender, aceitar e adaptar-se à nova realidade, mas isso exige tempo.

Palavras-chave: Câncer, Assistência psicológica, Paciente, Família, Morte.

ABSTRACT

Few events in life are able to isolate someone as the progression of a potentially fatal disease. The suffering caused by the proximity to death can be decreased or increased by psychological, sociological, cultural and spiritual factors. Acquire awareness and acceptance that death is near can make the process more human. In this way, the present work aims to discuss the death and the dying, their meaning and cultural differences, the performance of the psychology professional along with the patient and its family in the process of acceptance the death. To illustrate the difficulties experienced in this process and all the anguish raised in this period, two clinical cases are presented. The observation, reflections, interventions and

the reception offered at the therapeutic process can help significantly and, somehow, people can understand, accept and adapt themselves to the new reality but it requires time.

Keywords: Cancer, Psychological assistance, Patient, Family, Death.

1 Introdução

Cada ser humano está intimamente relacionado com a doença, sendo ela vista como ameaça potencial, como realidade a ser vivida para si ou como sofrimento de um ser querido. Cada paciente dá um significado à doença de acordo com suas vivências. A influência que a doença exerce sobre a vida do paciente e de sua família depende de fatores pessoais e sociais, variando de acordo com as convicções de cada cultura em que estão inseridos.

O adoecimento gera crises e momentos de desestruturação. Apesar dos avanços científicos, de acordo com a literatura, o conceito de câncer ainda representa para grande parte de nossa sociedade o ícone de morte, destruição, punição e mistério, o que pode tornar essa conotação negativa desfavorável para o desenvolvimento de atitudes preventivas. Receber o diagnóstico de câncer amedronta e faz sofrer paciente e família, exige uma adaptação, controle do sofrimento emocional e tomada de decisões para o tratamento. Tal diagnóstico impõe ao paciente questões fundamentais de sua existência e adquire um significado para o paciente formado a partir de vivências individuais e do convívio com a doença, baseado na representação social que essa doença possui tanto no grupo familiar quanto nos outros grupos a que o indivíduo está inserido (KOVÁCS 1992).

Ante sua presença, ninguém permanece impassível, reagindo com defesas variadas. A fantasia de ser portador de um câncer suscita uma previsão de horrores talvez não comparada com nenhuma outra doença. Com o diagnóstico de câncer, a vida parece desmoronar junto com todos os projetos, expectativas, desejos e conquistas. Uma doença potencialmente fatal constitui a perda da ilusão. A ilusão de um corpo perfeito, de invulnerabilidade, de imortalidade. Muito desse efeito antecipador de medo tem origem na necessidade de tratamentos agressivos para a terapêutica do câncer. São as imagens simbólicas que permeiam a atitude de cada indivíduo perante a convivência com o câncer. E a noção de verdade para o indivíduo é o que está envolvido nas representações simbólicas (SETÚBAL; DÓRO, 2008).

Quando se recebe o diagnóstico de alguma doença grave, a princípio é difícil de assimilar. As mudanças fisiológicas limitam a expressão de alguns aspectos da pessoa e produzem uma alteração na forma como o paciente vê a si mesmo, e como ele é visto pela família. Há perdas

físicas, funcionais, de seus papéis; quebra da fantasia de imortalidade, de controle do próprio destino; ansiedade de separação de pessoas, objetos, ambientes e padrões de vida até então vividos; idéias de que a doença é uma consequência de sentimentos ou atitudes cometidas; medo de mais perdas significativas geradas pela dependência e tudo isto é vivido com frustração, raiva, sofrimento e tristeza. Com a doença, vem a constatação de que o ser humano não é onipotente, castrando seu desejo de poder e controle absoluto sobre a vida. A aceitação das perdas parciais significa reconhecer que já não é mais o que era e saber o que perderá definitivamente (ECHEVERRI, 2006).

No hospital, as pessoas se deparam com acontecimentos inesperados, com situações de perda, seja de pessoas queridas (morte), da condição de sadio (doença), da condição de inteiro (cirurgia) e que tais condições se caracterizam por rupturas e descontinuidades que levam a pessoa a se perguntar: "Quem sou eu agora?" e ao mesmo tempo se deparar com a quebra de certezas e ilusões que a sustentavam. Assim, a reação frente ao diagnóstico representa a psicodinâmica individual e os mecanismos de defesa utilizados são pertinentes ao histórico de vida, à capacidade dos recursos pessoais e à estrutura da personalidade (SILVA, 2008).

Sempre haverá uma postura ética e respeitosa frente a um doente grave, acometido de uma doença fora de recursos terapêuticos de cura. Por trás da doença há alguém que sofre que tem uma família, uma história, alguém que tem afeto e é amado. Tratar do doente com câncer significa, muitas vezes, enfrentar a frustração de que não se pode curar a doença, porém não se deve esquecer que se pode cuidar do doente até sua morte. O processo de cuidar visa criar laços de confiança e vínculos, respeitando a singularidade, a manifestação da vontade, dos desejos, dos sentimentos, das crenças, das opções e dos projetos de vida de cada indivíduo (LOPES et al., 2008).

A doença altera as funções em todos os níveis: familiar, social e econômico e pode provocar uma ruptura e uma crise na vida de toda família porque a doença é vivenciada de forma coletiva e não individual. A história da vida em família está marcada por perdas e ganhos e recebe a influência do tempo presente e do contexto cultural em que está inserida. A noção de saúde para a família depende dos recursos dos seus membros para superação de crises e conflitos. A família também sofre uma desorganização na sua forma de vida, assim é, ao mesmo tempo, prestadora de apoio e também alvo de cuidados. As mudanças que acarretará e as adaptações que essa família realizará dependem dos recursos disponíveis, de como a doença começou e o significado que atribui ao acontecimento (ORTIZ, 2005).

A palavra morte vem do latim *mortem* e de acordo com o dicionário Houaiss significa interrupção definitiva da vida de um organismo; fim

da vida humana; intenso sofrimento, grande dor e angústia. Freud (1920) afirmava que o sentimento suscitado diante da morte é da ordem do irrepresentável. As pessoas afastam a morte como maneira de preservar a vida, é exigido um controle, a dor não pode ser vivenciada porque a sociedade não suporta enfrentar a morte (KOVÁCS, 1992). O conto de Tolstói "A morte de Ivan Illitch" (1886), apresenta um doente que, pelo fato de à sua volta imperar o silêncio sobre seu fim próximo, sente dor:

O que mais atormentava Ivan Illitch era o fingimento, a mentira, que por alguma razão ele todos mantinham, que ele estava apenas doente e não morrendo e que bastava que ficasse quieto e seguisse as ordens médicas que ocorreria uma grande mudança para melhor. Mas ele sabia que nada do que fizessem teria outro resultado que não mais agonia, mais sofrimento e a morte. E a farsa desgostava-o profundamente: atormentava-o o fato de que se recusassem a admitir o que eles e ele próprio bem sabiam, mas insistiam em ignorar e forçavam-no a participar da mentira. Essa mentira e esse fingimento que se estabeleceu em torno dele até a véspera de sua morte era terrivelmente dolorosos (TOLSTÓI, 2008, p. 73-74).

Existe uma associação de angústia da morte à dor, crueldade, solidão, abandono. Não se trata apenas de um fato biológico, mas profundamente humano. A morte representa aniquilamento, ausência, perda, desamparo, separação. É um território desconhecido, imprevisível, inexplorado, nunca antes vivido. É a idéia de não existência e a impotência diante a finitude da vida individual que preocupa. A dor e o medo são os sentimentos predominantes e instintivos nesta relação com a morte e se evidenciam através do comportamento humano ao longo da evolução histórica, antropológica, cultural e religiosa, variando com a época e com as características culturais, costumes, práticas e tradições religiosas, de diferentes povos, raças e nações, tanto no Ocidente quanto no Oriente (JARAMILLO, 2006).

A morte é uma construção social, sendo definida pela utilização de termos, conceitos e formas de pensar disponíveis na cultura. Portanto, os homens produzem uma grande variedade de representações em torno de sua própria morte e da morte dos outros. Todas as representações da morte estão imersas num contexto cultural (cada cultura personifica a morte a sua maneira, cada cultura representa uma forma própria de morrer). As crenças, as práticas, os ritos funerários diferem entre culturas, grupos sociais e até momentos históricos. Assim, todas as emoções suscitadas e expressas diante da morte não são apenas individuais, mas dependem da sociedade, do tipo de morte, da posição social do morto e do sobrevivente e de sua relação com quem morreu. Ter a

consciência da morte é poder transformar a maneira de ver a vida, a morte, o mundo. A posição pessoal diante da morte é modificada pelas culturas e pelas sociedades. Porém seja qual for a religião, a cultura, a sociedade ou tempo, a morte é vista como um afastamento entre o indivíduo e a convivência humana, no entanto, esta separação não começa após a morte, mas tem início desde o momento que a pessoa tem o diagnóstico de uma doença grave. A morte é temida principalmente porque traz sofrimento, dor e uma série de sintomas incapacitantes que alteram a qualidade de vida, também porque significa perdas, separações, lutos, temores, raiva e tristeza (RODRIGUES, 2006).

Morte, perda e sua elaboração fazem parte do processo de desenvolvimento. Segundo KUBLER- ROSS (1997), a morte se revela a todo instante e em todas as circunstâncias, pois o seu registro está nas células, nas emoções e no racional. O fato é que os sentimentos que despertam quando as situações de separação deixam de ser temporárias e as perdas são definitivas, reais, concretas e irreversíveis são totalmente diferentes entre as pessoas e entre as diferentes épocas da mesma pessoa.

A consciência da morte é uma marca da humanidade, no entanto essa consciência permanece a maior parte do tempo em estado de latência (oculta) pela ação de mecanismos de defesas psíquicos, evitando o contato constante com essa tão angustiante informação e permitindo que o indivíduo conviva com ela a uma distância ilusoriamente segura, porém toda essa organização psíquica se desestrutura diante do prognóstico reservado de uma doença avançada. Cada indivíduo apresenta uma evolução nas suas estruturas defensivas, fazendo com que a intensidade e a duração desses mecanismos de defesa dependam da capacidade própria daquele que sofre em lidar com essa dor. Os mecanismos de defesa e os mecanismos adaptativos utilizados facilitarão ou não a aceitação da morte. Os sentimentos desencadeados diante tal informação variam muito entre as pessoas, mas, de um modo geral, remetem ao sentimento de perda, despertando, assim, sentimentos dolorosos, também podem ser raivosos, rancorosos, confusos, racionais, lógicos e dependem das circunstâncias e dos momentos emocionais que o paciente e a família atravessam (SILVA, 2008).

O paciente e sua família utilizam mecanismos de defesa temporários contra a dor psíquica diante da morte:

- **Negação** - negação de uma parte desagradável da realidade externa quer por meio de fantasia, quer por meio de comportamento.
- **Raiva** - nesta fase, a dor psíquica de enfrentamento da morte se transforma em agressão e revolta, pois o sentimento é de suas atividades foram interrompidas pela doença ou morte, o que torna o ambiente de difícil convivência entre paciente e família.
- **Barganha** - é uma tentativa de adiamento da morte e

prolongamento da vida geralmente feita entre paciente, família e Deus.

- **Depressão** - neste momento, o paciente percebe sua debilidade física e é invadido por um sentimento de grande perda de tudo e de todos que ama.

- **Aceitação** - tendo superado as fases anteriores, neste estágio, já não experimenta o desespero. Percebe-se e vivencia-se uma aceitação do rumo das coisas. Período de despedidas dos entes queridos, de enfrentar com consciência suas possibilidades e limitações.

Tais condutas defensivas visam contribuir para o ajustamento, a adaptação e o equilíbrio da personalidade. Cada indivíduo apresenta uma evolução nas suas estruturas defensivas, fazendo com que a intensidade e a duração desses mecanismos dependam da capacidade própria daquele que sofre em lidar com essa dor. Sabe-se que nem todos os pacientes passam por todos os estágios. Os mecanismos de defesa e os mecanismos adaptativos utilizados facilitarão ou não a aceitação da morte (KUBLER_ROSS, 1997).

A situação de morte iminente comporta uma série de crises a nível familiar e põe à prova sua capacidade de adaptação. No entanto, lidar com a expectativa da morte é uma oportunidade de (re) significar o sentido da existência. A aceitação da morte constitui um dos maiores sinais de maturidade humana porque, paradoxalmente, a morte pode ensinar a viver (OLIVEIRA, 2004).

É importante perceber que o curso de uma doença grave e a iminência da morte é vivenciado de muitas maneiras diferentes e dependerá das circunstâncias e dos momentos emocionais que o indivíduo passa. Nesse contexto, é provável que os sentimentos despertados mudem rapidamente, assim, em alguns dias, a esperança de um milagre de cura aparecerá, muito embora se tenha um prognóstico desfavorável, em outros dias, a percepção da debilidade física predominará, em outros ainda, a angústia se fará presente. Seja qual for a situação momentânea, poder falar das inquietações, do que está incomodando, assustando, causando angústia, dor, sem rodeios ou dissimulações, é sempre reconfortante, traz alívio de cargas emocionais guardadas. O paciente em situação de morte iminente enfrenta uma importante e difícil crise que provoca reações emocionais intensas e a comunicação é a habilidade primordial para facilitar uma resposta adequada à pluralidade de sentimentos e necessidades suscitadas, como de sentir-se querido, de compreensão, aceitação e de ter a certeza que não é um peso para os familiares. E estas necessidades sempre vêm acompanhadas de preocupações, repercussões e expectativas, pois o desamparo ante ao desconhecido parece ser a angústia mais temida: a angústia da morte (ORTIZ, 2005).

De todas as experiências que a vida proporciona ao ser humano, a

morte é, segundo KOVÁCS (1992), a que impõe os desafios adaptativos mais dolorosos para a família e cada um dos seus membros individualmente. Se manter inteiro é diferente de cura, é permanecer com dignidade em todas as áreas que compõem o ser humano. Enfrentar a morte com ressentimentos, conflitos afetivos torna esse processo mais doloroso. O paciente que fala de sua própria morte, de suas expectativas, de seus medos, geralmente têm uma morte mais tranquila, mais serena.

A família também sofre e por isso deve ser incluída no tratamento. Estar disponível às necessidades familiares, seus medos e suas dificuldades, criando um espaço onde todos- pacientes e família- possam expressar suas dúvidas e sentimentos para, assim, prestar o apoio necessário neste doloroso processo adaptativo (ORTIZ, 2005).

Escutar não é uma tarefa tão fácil quanto pode parecer à primeira vista. Ouvir palavras repletas de dor, angústia ou sem nexos aparentes, pode vir a ser um trabalho árduo. E, principalmente, se nos propomos a não fazer juízos críticos daquele que nos demanda ajuda (QUAYLE; LUCIA, 2007, p. 176).

Nesta perspectiva, o psicólogo no hospital estuda o ser humano em sua forma mais íntima, procurando conhecer seu modo de funcionar e, a partir disso, trabalhar as questões relativas ao sofrimento diante da possibilidade da morte, buscando amenizar a ansiedade, comum nesse processo, ajudando-o a encontrar estratégias que o habilitem a buscar um equilíbrio emocional para lidar com suas perdas e dores, sejam simbólicas e/ou concretas. É difícil aceitar perdas, seja de sonhos, objetivos, da família, da vida. Poder compartilhar as dores e os medos de cada dia é necessário para se conseguir uma assimilação e adaptação à nova situação imposta. O trabalho da psicologia em situação de morte é deixar que o paciente morra inteiro, podendo reorganizar e recordar a história de sua vida, acrescentar um significado ao momento e ter a certeza de que sua vida foi importante (JARAMILLO, 2006).

Para uma adequada abordagem psicológica em situação de morte iminente, é fundamental, de acordo com ORTIZ (2005), que o profissional respeite o tempo e o limite do paciente, pois vai encontrar um certo grau de resistência porque existem muitos sofrimentos que não têm palavras, que não conseguem ser verbalizados, como diria o escritor francês o duque La Rochefoucauld (1613-1680): "Nem o sol, nem a morte podem ser olhados fixamente", porém há de se entender os aspectos e palavras não ditas, se fazer presente junto ao paciente e seus familiares para que possam se sentir acolhidos e compreendidos, fazendo com que elaborem seus sentimentos ao seu tempo.

Não é raro perceber que os pacientes que chegam à fase de aceitação

de sua própria morte vencem a revolta, as aflições e o medo do desconhecido, descobrindo prazeres impensáveis na rotina diária, serenidade para enfrentar os contratemplos, laços afetivos que podem ser feitos ou renovados, importam-se mais com pequenos momentos, encontram mais paz, sentem mais harmonia e até mais felicidade (VARELLA, 2004). "A consciência da morte pode ser um catalisador extremamente útil para grandes mudanças na vida" (YALOM, 2008, p.36).

2 Materiais e métodos

A investigação que se encontra neste trabalho foi realizada no Hospital A. C. Camargo, como parte do curso de Especialização em Psicologia Hospitalar com ênfase em oncologia. Trata-se de um estudo de caso, onde a escolha dos pacientes pesquisados foi do tipo intencional em função da diversidade de sentimentos suscitados diante a progressão de uma doença potencialmente fatal e a iminência da morte.

Como técnicas de coleta de dados foram utilizadas: solicitação do serviço de psicologia para determinado paciente por parte da equipe médica, pesquisa prévia em prontuário para caracterização sociobiodemográfica e classificação da doença e atendimentos psicológicos com pacientes e suas famílias. O primeiro contato direto entre a psicóloga e o paciente tem por objetivo recolher informações qualitativas, compreender alguns dos comportamentos, bem como obter informações sobre crenças, sentimentos, desejos, expectativas das pessoas ou sobre suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes. Passado o primeiro contato, os atendimentos psicológicos foram realizados a paciente e familiares nos seus respectivos leitos e/ou salas de espera do hospital. O roteiro utilizado nestes atendimentos só é decidido de acordo com a demanda do próprio paciente e/ou familiar atendido, mas geralmente aborda questões que permitam o conhecimento dos sentimentos a respeito da situação vivida e que proporcione um espaço para que o paciente possa comunicar suas inquietações, escolher com quem quer compartilhá-las e quais sonhos e desejos quer e pode realizar.

3 Resultados e discussão

Há certas situações na vida que despertam a angústia da morte, assim, diante de uma doença grave, e até possivelmente incurável, de um ente querido onde grandes vínculos afetivos se fazem presentes, não existem sentimentos adequados ou inadequados, certos ou errados, são sentimentos. Também não há como regular

sua qualidade ou intensidade. No entanto, é fundamental procurar descobrir meios para expressar tais sentimentos sem se ferir ou ferir os outros física ou emocionalmente. A dificuldade em lidar com a perda de alguém querido e a consequente desestruturação na família causada pela morte deve-se, segundo Bromberg (1994), ao fato de ser a perda de um objeto de vínculo, de uma base segura, o que torna tal experiência aterrorizante. O sistema familiar busca restaurar seu equilíbrio após uma perda significativa, rearranjando os papéis e construindo uma nova identidade familiar.

Para ilustrar as dificuldades vividas no processo de aceitação da morte e todas as angústias suscitadas neste período, são apresentados dois casos clínicos.

O primeiro caso selecionado intencionalmente é o de M. A. P. F., 22 anos, solteiro. Aos 05 anos, foi acometido por um Neuroblastoma. Após o diagnóstico, foi tratado e curado. Aos 22 anos, foi constatado uma recidiva e o paciente foi diagnosticado com Neoplasia Maligna do Retroperitônio (CID C48). O trabalho do psicólogo neste contexto hospitalar é, de acordo com Jaramillo (2006), entender os fatores que fazem o paciente se sentir melhor, assim como aqueles que o fazem sentir pior, o que mais o preocupa, o que ele mais teme, o que está imaginando, conhecer todas as suas inquietações e ajudar esse indivíduo a se localizar nesse mundo novo. E foi com esse propósito, de oferecer uma escuta atenta e acolhedora, que lhe foi oferecido atendimento. Durante o primeiro atendimento psicológico, o paciente mostrou-se orientado, consciente do seu diagnóstico e tratamento e apresentava uma ansiedade moderada adequada ao momento de incômodo causado por uma fístula no pâncreas. De imediato, chamou atenção sua espontaneidade e o modo peculiar de lidar com a doença e com os drenos a que estava preso chamando-os de cachorrinhos (maneira que encontrou de suavizar o sentimento de prisão, já que gostava de animais), pois dizia que estavam presos a ele por uma coleira. Sua receptividade ao atendimento proporcionou que psicóloga e paciente ficassem a vontade para conversar sobre suas aflições do momento, seus recursos internos disponíveis no momento, suas estratégias de enfrentamento diante as adversidades e sentimento de frustração diante algumas dificuldades no tratamento. O paciente demonstrava uma aparente confiança e espírito de coragem de enfrentar seu tratamento e afirmava que nunca fugira das adversidades, nem quando era pequeno. M. dizia sentir falta da faculdade de veterinária e que, mesmo no hospital, pedia material aos colegas para estudar, ficando assim em contato com a rotina que gostava e distanciando-se um pouco da realidade hospitalar, mostrando, assim, talvez, o medo de não voltar a ser quem era. Diante algumas falas do paciente, a psicóloga percebeu que por trás de seu espírito de luta, escondia-se um medo de que tamanha luta não tivesse uma recompensa, para ele, satisfatória. Como diz Varella

(2004), toda doença traz fragilidade e incertezas. Também foi possível conversar sobre o medo que M. apresentava de dormir a noite e sobre o que a noite representava para ele. M. se resumiu a dizer que era quando todos dormiam e que, naquele momento, ele precisava descansar e não queria mais falar sobre o assunto. Como abordado anteriormente, o medo da morte está associado ao medo da solidão, o antagonismo da vida e a impotência e, neste contexto, o pesquisador francês Pierre Fluchaire afirmava que o sono é o universo do desconhecido e é chamado de "La petite morte" ou "pequena morte". É como se o medo de ficar sozinho no silêncio aumentasse as fantasias, o medo de perder o controle relaxando totalmente com o sono, o medo de dormir e não acordar mais. Nos atendimentos realizados à mãe do paciente, notou-se, por várias vezes, como ela se apresentava assustada, com medo e até verbalizando que estava vendo seu filho morrer e que isso não podia acontecer, então enxugava as lágrimas, dizia que precisava ser forte, que tudo iria passar e que eles voltariam para casa juntos, demonstrando uma resistência em aceitar o agravamento da saúde do seu filho. Percebeu-se que a iminência da morte do filho era capaz de produzir um dos sentimentos mais intensos que uma mãe poderia experimentar. Notou-se, então, a utilização do mecanismo de defesa de negação para lidar com conflitos advindos de seu mundo externo. A escolha inconsciente desta estrutura defensiva afastava a possibilidade insuportável da realidade de uma morte próxima do seu filho. Esta mãe buscava adaptar-se às dificuldades de uma nova realidade e a utilização da negação como mecanismo de defesa serviu para reduzir a ansiedade advinda dessa dificuldade. Freud acreditava que o ser humano funcionava de acordo com o dualismo pulsional: vida e morte. Nesta situação, em que a mãe exerce uma função protetora do seu filho, deparar-se com vida e morte lado a lado, numa relação complexa e não simplesmente oposta, significa a busca por dois movimentos simultâneos e antagônicos: a busca de ligações e ao mesmo tempo ter que produzir desligamentos. Esta mãe fazia um esforço para se desligar da história que ela tinha construído para seu filho e do lugar e função que ele ocupava nesta família, de como estava sendo difícil e doloroso querer continuar desfrutando de sua presença e, ao mesmo tempo, ter que se despedir para lhe permitir morrer e se preparar para viver com sua ausência, porque por mais amor que sintamos por alguém, não podemos impedi-lo de morrer. O último atendimento à essa família foi realizado com a mãe e o pai (pela primeira vez) no Box da UTI onde M. encontrava-se sedado. A mãe encontrava-se chorosa e o pai acariciava o filho. Nesta oportunidade, a psicóloga falou que a relação da família era muito bonita, com um vínculo afetivo forte e que, por isso, este momento era difícil. Então, foi pedido que eles compartilhassem uma recordação boa que tinham do filho. A mãe sorriu e disse que todas

são. O pai também sorriu e disse que M. sempre foi um filho maravilhoso, ótimo irmão e uma pessoa muito bem humorada e sempre fazia questão de estar junto da família. A psicóloga percebeu que M. era o filho desejado e que correspondia a todas as expectativas e desejos, o filho ideal e real. Neste momento, a mãe segurou a mão do filho e, muito emocionada, disse: "Hoje, vai ter festa no céu" (SIC). A mãe tinha enfim aceitado o inaceitável, por mais que estivesse sofrendo. Neste mesmo dia, meia hora depois, M. foi a óbito. A família de M. enfrentou esse processo de acordo com suas possibilidades e dentro do seu tempo, utilizando os mecanismos disponíveis para facilitar a aceitação da morte. Neste sentido, a escuta psicológica teve como foco o acolhimento a essa família, proporcionando um ambiente em que as emoções e angústias fossem expressas e compartilhadas.

O segundo caso selecionado traz a história de M. C. S. N., 49 anos, casada, três filhos, diagnosticada em outubro de 2008 com Neoplasia Maligna da Mama (CID C50). Em novembro de 2008 fez mastectomia radical. Em junho de 2009, teve recidiva sistêmica com metástase no Sistema Nervoso Central e fígado. Foram realizados cinco atendimentos à paciente e seu esposo.

No primeiro atendimento, a paciente mostrou-se orientada, consciente sobre diagnóstico e tratamento e apresentou manifestações psíquicas de medo, insegurança, fantasias e humor ansioso. Esse atendimento foi de escuta e acolhimento, já que a paciente falou muito sobre a dificuldade que foi receber o diagnóstico de câncer, de fazer a mastectomia, de ter uma recidiva e do seu prognóstico reservado, demonstrando, assim, que sabia de sua condição delicada, pelo que os médicos informavam, mas, principalmente, pela percepção do seu corpo, das limitações que a doença impunha. A paciente mostrou ter consciência de suas perdas diante a progressão da doença, ao mesmo tempo demonstrava passar por uma angústia gerada por entrar em contato com a fatalidade da morte, acionando assim o mecanismo de defesa do EGO (Barganha)- a paciente tentava negociar com Deus alguns dias a mais de vida, assumindo uma característica de súplica. Esta paciente estava em situação de morte iminente e estava visivelmente sofrendo por isso. Foi colocado que o que ela tinha construído não seria esquecido e todo o amor que existia entre ela e sua família tinha sido plantado, regado e criado raízes profundas. No mesmo dia, foi realizado também um atendimento ao esposo que relatou como foi doloroso esse processo de adoecimento da esposa. Sabia que sua esposa estava morrendo e era difícil suportar isso; mais difícil ainda era pensar no filho caçula que ainda precisava da presença da mãe. A psicóloga disse que a mãe seria sempre lembrada pelo amor que dedicou aos filhos. Conversou-se um pouco sobre o relacionamento do casal e ele falou que sempre estiveram juntos, mas que, no

momento de descoberta do diagnóstico, foi difícil conviver com a esposa, mas imaginou o quão difícil estava sendo para ela também. Ele disse ainda que a recidiva veio no momento em que ele tinha decidido se aposentar, viajar com a esposa e o filho, ter uma convivência maior com a família e que teve que deixar os seus projetos de lado também, demonstrando que para ele também estava sendo doloroso. Acompanhá-los neste momento significava ajustar-se ao que se estava vivendo, amparando-os até o fim, não tirando-lhes a esperança de um alívio repentino. O diagnóstico de câncer e a notícia da recidiva tiveram uma grande repercussão na dinâmica dessa família e nos projetos traçados por seus membros, muitas fantasias foram vivenciadas e seria preciso um tempo para ressignificar a vida. Escutar e entender o que o paciente e sua família necessitam pode diminuir sua tensão, além de lhes proporcionar a certeza que pode compartilhar seus sentimentos lhes dando, assim, certa proteção.

Com o agravamento da saúde, a paciente foi transferida para UTI com uma grande dificuldade respiratória e os atendimentos de acolhida ao marido se intensificaram, proporcionando um ambiente em que ele pôde chorar e falar do que o afligia no momento. O sentimento de que sua esposa estava morrendo era real, assim como sua dor diante da perda e da separação. No atendimento seguinte, a paciente encontrava-se muito agitada, falou que queria que tudo acabasse logo, que não aguentava mais tanto sofrimento e tantas dores, que já tinha se despedido de todos da família, que já tinha dito para todos o quanto os amava e que queria que a vida deles continuasse. Apesar do sofrimento causado pela separação de tudo o que se ama, a paciente e seu esposo estavam preparados para este momento. Segundo JARAMILLO (2006), a verdadeira aceitação da morte, com suas angústias e tristezas, acontece na etapa final da doença. Não é fácil se separar de alguém em quem depositamos um real valor.

Quando o paciente é capaz de aceitar sua própria morte, tornando-se consciente dela, trazendo reflexões importantes que até permitem encerrar questões pendentes, deve-se trabalhar essa situação, segundo ASTUDILLO (2005) com sua família também. É muito comum que o temor do paciente seja que sua família sofra por causa de sua morte e falar honestamente dessa situação, poder realizar uma despedida e transmitir os sentimentos a esse respeito só contribuirá para que se produza uma catarse (liberação de emoções ou tensões reprimidas) de medos, tornando a relação mais clara. Neste sentido, segundo KUBLER-ROSS (2001), a despedida facilita o processo da morte no sentido de que o acompanhamento do paciente por parte de seus familiares seja de uma relação mais profunda e próxima.

Como discutido anteriormente, as famílias se diferenciam pelos

valores e crenças que adquirem ao longo do seu histórico e as interações, o comportamento e a postura diante dos acontecimentos são diretamente influenciadas por esses valores. Assim, as famílias têm uma história de relações e a interação entre seus membros visa garantir a continuidade do sistema ligado afetivamente, amenizando o sofrimento causado pelo adoecer.

A semelhança entre os dois casos citados está na dor e sofrimento diante da perda de um ente querido. A diferença é percebida no processo de aceitação de cada um: no primeiro, durante todo o acompanhamento, a negação se fez presente, tornando mais difícil esse processo de aceitação e, no segundo, a consciência da morte possibilitou uma melhor comunicação entre a paciente e seu esposo, facilitando o processo de despedida.

É preciso ter consciência de que cada etapa da vida implica mudanças, perdas e ganhos. As dificuldades e o sofrimento que envolvem uma situação de morte são comuns para quase todas as famílias, porém saber reagir a mudanças, desafios, aprendizagens, adaptações é peculiar a cada indivíduo e família e isso dependerá da história de cada um, das características de personalidade e também do esforço pessoal para enfrentar essas questões (KOVÁCS, 1992).

As observações, reflexões, intervenções e o acolhimento oferecidos no processo terapêutico podem ajudar significativamente e, de alguma forma, as pessoas podem entender que, apesar de estarem tristes, ainda assim podem ser felizes. "O tempo de morrer tem um valor. Portanto, deve ser respeitado porque tem um sentido, mesmo se este nos escapa. É o tempo das últimas permutas de vida, o tempo de fechar o círculo, o tempo de preparar-se para passar para outra vida, seja ela qual for a representação que dela se tenha, e mesmo se essa outra vida permanece um mistério completo" (HENNEZEL; LELOUP, 2009, pág 40).

4 Considerações finais

À luz das informações obtidas na investigação e das reflexões expostas neste trabalho pode-se concluir que:

- O diagnóstico de câncer traz um isolamento social e emocional e os pacientes e seus familiares expressam cada um à sua maneira, as suas próprias necessidades, os seus desejos, as suas angústias, os seus medos, as suas fantasias.
- No processo de adoecimento até a morte iminente, o paciente passa por perdas violentas: perda de sua saúde, de sua individualidade, dos seus objetivos, dos seus sonhos, de sua independência, do seu espaço e da própria vida.
- Tudo o que é estranho, desconhecido, ambíguo, desestruturado, fora do controle, torna-se fonte de insegurança, inquietação e terror,

ou fonte de perigo. O câncer é visto como perigoso porque representa a ambiguidade entre a vida e a morte.

- A morte de um indivíduo não é um evento isolado, pois existem relações de amizade, de aliança, familiar ou afetiva.
- Mesmo quando tudo parece desestruturado, o ser humano tem um potencial que pode ser desenvolvido, mas que é preciso entender, aceitar e adaptar-se à nova realidade e isso exige tempo.

Referências

- BROMBERG, M. H. P. F. Famílias enlutadas. In: CARVALHO, V. A. de; FRANCO, M.H.P.; KOVÁCS, M. J.; LIBERATO, R. P.; MACIEIRA, R. de C.; VEIT, M. T.; GOMES, M. J. B.; BARROS, L. H. de C. **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008, p. 172-86.
- CARVALHO, M. M. M. J. **Introdução à psicooncologia**. Campinas: Workshop, 1994.
- CAMPOS, T. C. **Psicologia hospitalar**: a atuação do psicólogo em hospitais. São Paulo: EPU 1995.
- ECHEVERRI, C. G. O grupo familiar diante da morte. In: JARAMILLO, I. F. **Morrer bem**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2006, p. 68-86.
- FREUD, S. (1920). Além do princípio do prazer. In: _____. **Obras psicológicas completas**: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- ASTUDILLO, W.; PÉREZ, M., ISPIZUA, A., ORBEGOZO, A. **Acompañamiento em el duelo y medicina paliativa**. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2007.
- HENNEZEL, M., LELOUP, J. Y. **A arte de morrer**. Petrópolis: Editora Vozes, 2009.
- KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
- KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- JARAMILLO, I. F. Aprender a viver com a ausência do outro. In: _____. **Morrer bem**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2006, p.191-198.
- LOPES, A., CASTRO, R. M., IYEYASU, H. **Oncologia para graduação**. 2. ed. São Paulo: Tecmedd, 2008.
- ORTIZ, J. C. A. La comunicación en medicina paliativa: hablar con el paciente terminal, descubrir sus necesidades y las de su familia. In: ASTUDILLO W. **Alivio de las situaciones difíciles y de sufrimiento en la terminalidad**. España: Sociedad Vasca de Cuidados paliativos, 2005.
- QUAYLE, J.; LUCIA, M. C. S. **Adoecer: as interações do doente com sua doença**. São Paulo: Editora Ateneu, 2007.
- RODRIGUES, J. C. **Tabu da morte**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz,

2006.

SILVA, S. M. A. Quando o tratamento oncológico pode ser Fútil? Revista Brasileira de Cancerologia, 2008; 54(4): 397-399.

TOLSTOI, L. **A morte de Ivan Ilitch**. Tradução de Vera Karam. Porto Alegre: L&PM, 2008.

VARELLA, D. **Por um fio**. São Paulo: Companhia da Letras, 2004.

YALOM, I. D. **De frente para o sol**. Rio de Janeiro: Agir, 2008.

Endereço para correspondência

Adriana Fernandes Vieira de Melo

Av- Ibirapuera, 981, Moema, CEP 04029-000, São Paulo, SP, Brasil

Endereço eletrônico: adrifvmelo@hotmail.com

Luciana Lima Zeni

Rua Professor Antônio Prudente, nº 211, Liberdade, CEP 01509-010, São Paulo, SP, Brasil

Endereço eletrônico: lucianazeni@yahoo.com.br

Célia Lúcia da Costa

Rua Professor Antônio Prudente, nº 211, Liberdade, CEP 01509-010, São Paulo, SP, Brasil

Endereço eletrônico: celialdacosta@terra.com.br

Antônio Sérgio Fava

Av- Ibirapuera, 981, Moema, CEP 04029-000, São Paulo, SP, Brasil

Endereço eletrônico: antserfava@ig.com.br

Recebido em: 24/01/2011

Reformulado em: 16/08/2011

Aceito para publicação em: 19/08/2011

Acompanhamento do processo editorial: Ana Maria Lopez Calvo de Feijoo

Notas

*Especialista em Psicologia Hospitalar com ênfase em Oncologia- Hospital A. C. Camargo e Mestranda do programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde- IAMSPE, São Paulo, Brasil.

**Mestranda - Fundação Antônio Prudente (Hospital A. C. Camargo). São Paulo, Brasil.

***Doutora.

****Doutor pela FMUSP. Membro do corpo docente do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde do IAMSPE- São Paulo, Brasil.