

# PACIENTE TERMINAL E APOIO FAMILIAR – A LOGOTERAPIA, A RELIGIOSIDADE E O SENTIDO INCONDICIONAL DA VIDA

## TERMINAL PACIENT AND FAMILY SUPORT – LOGOTHERAPY, RELIGIOSITY AND UNCONDITIONAL SENSE OF LIFE

Icaro Arcênio de Alencar Rodrigues

*Instituto Federal de Educação (PB)*

Resumo. A terminalidade da vida humana interfere na vivência de familiares cujo algum integrante padeça de doença terminal. Portanto, cabe investigar como a família do paciente terminal enfrenta essa situação e como esse enfrentamento afeta a saúde mental deste grupo familiar, tendo como base a Logoterapia e a religiosidade. Verificou-se que é possível encontrar sentido para o sofrimento e a morte, pois a dimensão espiritual humana e a religiosidade proporcionam escolhas responsáveis; os sentimentos de tristeza, angústia e revolta, por exemplo, acometem os familiares na relação com o familiar enfermo, mas a comunicação entre estes e o familiar doente, principalmente na forma de ritual de despedida e pelo trabalho de re-significação da dor espiritual, promove maior saúde mental para ambos.

Palavras-chave: morte; família; paciente terminal; sentido da vida; religiosidade

Abstract. The end of human life interferes with the experience of some whose family members suffers from terminal illness. Therefore it is worth investigating how the family of terminal patients faces this situation and how that affects the mental health of the family group, based on the Logotherapy and religiosity. It was found that it is possible to find meaning in suffering and death because the spiritual dimension of human and religiosity provide responsible choices; feelings of sadness, grief and anger, for example, involve family members in relation to the family sick, but communication between the patient and Family, mostly in the form of ritual farewell and the work of redefinition of spiritual pain, promotes better mental health for both.

Keywords: death; family; terminal patient; life meaning. Religiosity.

## INTRODUÇÃO

A dificuldade de lidar com a morte é inerente ao ser humano. A relação entre paciente terminal e família fica abalada a partir do diagnóstico de uma doença crônico-degenerativa, despertando sentimentos que podem levar a práticas integradoras ou desintegradoras para a família, de acordo com o sentido percebido sobre essa situação de terminalidade.

O paciente em estado grave e a sua família, em especial, passam por algumas fases que tendem a afastá-los da situação real que vivem, além de que o fato de se tomar conhecimento de uma doença muito grave desencadeia no paciente, nas suas interações familiares e com a equipe médica, pontos importantes a serem observados (Kovács, 1992).

A participação dos familiares e da equipe hospitalar vai influenciar o estado do enfermo, podendo motivar aspectos de recusa ou aceitação perante o tratamento e a própria doença (Camon, 1999).

Diante do sofrimento e da morte, inevitáveis na existência humana, surgem inúmeros sentimentos que tendem a distanciar o ser humano do que ele pode aprender e amadurecer com os malogros da vida. Para Frankl (1989) urge a necessidade de se aprender a sofrer e tirar do sofrimento inevitável e da finitude um sentido, e encarando-os de frente, assumindo a responsabilidade pela vida, aproveitando o tempo disponível que se tem para não deixar passar as ocasiões irrepetíveis que aparecem cuja soma finita representa precisamente toda a vida humana.

Como diz Kovács (1992), enquanto o paciente vive, seus desejos e metas continuam. Então, sempre é tempo de se tomar o sofrimento e a percepção da finitude imutável como algo frutífero e constituinte de sentido para a vida.

Diante do exposto, esse trabalho tem como objetivo geral identificar, por meio de revisão bibliográfica, como a família do paciente terminal enfrenta o estado grave do membro familiar e como esse enfrentamento afeta a saúde mental deste grupo familiar, e como objetivos específicos identificar a contribuição da Logoterapia sobre a atitude humana frente ao sofrimento e a morte, os sentimentos e atitudes da família do paciente terminal perante a descoberta de que o familiar está acometido de uma doença grave, e verificar como estes sentimentos e estratégias afetam o grupo familiar, especialmente a aceitação e identificar como o trabalho com a religiosidade pode contribuir para o bem estar do enfermo e da família cuidadora.

Para tanto este artigo apresenta a seguinte estrutura: aborda-se a Metodologia aplicada no trabalho, que é definida como explicativa e de tipologia bibliográfica. Em seguida, delinea-se o levantamento bibliográfico que fundamenta o trabalho, inicialmente, pelas concepções sobre a morte nos aspectos históricos, culturais, religiosos e filosóficos, depois se expõe a abordagem logoterapêutica embasada na dimensão espiritual e na religiosidade humana, assim como os seus pilares constituídos pela liberdade da vontade, vontade de sentido e sentido da vida diante do sofrimento e da morte, comprovando-se que é possível encontrar sentido em qualquer situação da vida humana. A seguir explicitam-se situações em que a Logoterapia auxilia o paciente terminal a encontrar sentido frente o sofrimento e a morte. E por último, estudam-se os sentimentos e estratégias familiares diante da enfermidade do ente familiar. Nas Considerações Finais são listados alguns sentimentos vivenciados pelos familiares de pacientes terminais, a dificuldade em lidar com a morte, a contribuição da Logoterapia sobre a atitude humana frente ao sofrimento e a morte, assim como a influência

positiva do acompanhamento e ritual de despedida entre familiares e enfermo e do trabalho psicoterapêutico de re-significação da dor espiritual.

## CONCEPÇÕES SOBRE A MORTE

Segundo Kovács (1992), o que diferencia os seres humanos dos animais é a consciência da sua morte e finitude. Segundo a autora, o homem está bipartido, pois ao mesmo tempo em que sabe de sua originalidade e poder de criação, reconhece de forma racional e consciente que a própria vida tem um fim.

Esse conhecimento da finitude nem sempre é aceito, o que leva a surgir, nos pacientes em estado grave, e também na sua família, inúmeros sentimentos a respeito da morte e, desta forma, torna-se difícil a visualização de um sentido para a vida, para a morte e para o sofrimento. Logo, o medo é a resposta mais comum diante da morte (Kovács, 1992).

Nota-se que medo e outros sentimentos e comportamentos relacionados à morte são influenciados pelo contexto histórico no qual as experiências são vivenciadas, assim como os valores que são significados e o modo como a morte é representada culturalmente. Os tipos de processos funerários, o conceito de corpo e alma, a religião e o culto aos antepassados, e a forma como são tratados os enfermos, são fatores que influenciam o conceito de morte e as atitudes frente à transitoriedade da vida.

A preocupação para com os cadáveres reflete as ideias e os preconceitos característicos de um período histórico e cultural, como o medo, os cuidados sanitários e, algumas vezes, a grande admiração sobre o ser humano morto, como algo novo no pensamento do homem primitivo (Chiavenato, 1998).

Kübler-Ross (1998) aborda o medo da morte e suas raízes históricas ao estudar as culturas e povos antigos. Segundo a autora, percebe-se que o homem sempre detestou a morte, e possivelmente, sempre terá dificuldade em lidar com ela. A autora coloca que se associa a ideia de morte a uma ação má, ou a um acontecimento que provoca medo, que reclama por recompensa ou castigo.

Kübler-Ross (1998), assim como Chiavenato (1998), concordam que a morte sempre foi causadora de medo, porém, para Chiavenato (1998), é a partir da ideia de imortalidade, presente em alguns conceitos religiosos, que se origina o medo da morte.

O medo da morte também é visto como resultado do avanço científico e consequente desumanização. Kübler-Ross (1998), afirma que quanto mais avança a ciência, mais se teme e se nega a morte. O paciente é tratado como objeto e, em geral, não tem direito de opinar.

De modo complementar, Gutierrez (2001) aponta que reconhecer o fim, no que diz respeito à evolução da doença e as suas impossibilidades e limites, parece ser a dificuldade maior que se apresenta para o paciente, a família e a equipe médica. Além de que recusar esse fato pode prejudicar todos os envolvidos nesse processo.

Observa-se que a possibilidade iminente da morte aliada à condição de enfermidade grave e de ser familiar de um paciente nestas condições provoca sofrimento a ambas as partes, contudo é possível encontrar sentido para o sofrimento que se passa e consequentemente melhorar a qualidade de vida. A abordagem logoterapêutica propicia a tomada de consciência dessa possibilidade, portanto cabe explicitar os fundamentos desta e como ela demonstra que, mesmo diante de iminência de morte e as dificuldades inerentes a esse processo, é

possível significar positivamente este momento e melhorar a qualidade da saúde mental.

### **A ABORDAGEM LOGOTERAPÊUTICA: A DIMENSÃO ESPIRITUAL, A RELIGIOSIDADE E O SENTIDO INCONDICIONAL DA VIDA HUMANA**

O sofrimento e a morte, apesar de fazerem parte da existência humana, são rejeitados, devido carregarem uma simbolização negativa, provocando sentimentos como medo e ansiedade.

Em contrapartida, para a Logoterapia, abordagem criada por Viktor Emil Frankl, que a desenvolveu e testou enquanto estava preso em Campos de Concentração durante a Segunda Guerra Mundial, o ser humano tem como motivação primordial a busca por um sentido em sua vida, para o que faz e cria, experimenta ou sofre.

De acordo com Fizzotti (1998), a Logoterapia traz o conceito inovador da dimensão humana noética ou espiritual, sendo aquela que dá ao homem a capacidade de autoafastamento, permitindo a este ser o senhor das suas decisões, mesmo perante os condicionamentos biológicos e psicológicos; e a capacidade de autotranscendência, a qual se apresenta pelos fenômenos do amor, que consiste na capacidade de perceber o que o outro possui como ser único, e da consciência que é a capacidade de encontrar o significado exato de uma situação.

Os fenômenos da consciência e do amor são utilizados por Frankl como demonstração da existência da dimensão espiritual e também da religiosidade humana, os quais justificam que o homem é um ser de decisão, no que tange a capacidade de sobrepor-se às pressões do corpo e da mente.

A consciência moral e o amor assemelham-se por lidarem com possibilidades e não com realidades, assim como só podem atuar de modo intuitivo. O amor expõe, pela dimensão noética, as possibilidades pessoais da pessoa amada que ainda não foram realizadas. Já a consciência apresenta ao ser humano aquela possibilidade única e exclusiva. Esses dois eventos demonstram que o ser humano é um ser de decisão e não impulsionado pelos instintos. (Frankl, 2003).

Viktor Frankl (1998), em sua experiência como prisioneiro e Psicólogo em Campos de Concentração, durante a Segunda Guerra Mundial, comprovou que apesar de todas as pressões externas e fatores condicionantes biológicos ou psicológicos, há no ser humano uma liberdade, devido à dimensão noética humana, que o permite ter uma atitude livre individual diante de uma situação de força externa e interna do ser extrema.

A religiosidade humana destaca-se nessa liberdade ou *transcendência* da consciência.

Além da liberdade, Gomes (1992) aponta que o homem é chamado a todo o momento pela vida para tomar decisões e assumir as responsabilidades pelos seus atos, significando que é quase impossível não ser responsável.

A responsabilidade individual humana é comentada por Parrat-Dayana (2009), ao tratar do desenvolvimento moral humano à luz da teoria de Jean Piaget. A autora comenta que a moral autônoma, característica da última fase do desenvolvimento intelectual e moral do ser humano, é universal, pois é baseada em princípios válidos em qualquer lugar e é, ao mesmo tempo, individual, pois a responsabilidade deriva de um processo individual. Sendo assim, a reflexão pessoal e a autonomia da consciência são características humanas.

Entretanto, essas capacidades humanas necessitam de um sentido para que possam ser exercidas plenamente e este sentido para o que se vive se expressa por meio da religiosidade.

Frankl (2003) compara o homem irreligioso àquele que apesar de ter consciência e responsabilidade, não questiona para além da realidade psicofísica, ou seja, não pergunta pelo que é responsável nem de onde provém sua consciência. Não adianta ser livre sem ter um para quê, do mesmo modo que ser responsável não é tudo se não se souber perante o que se é responsável. Portanto, ser religioso é ter sentido para ser livre e responsável.

Diante da transitoriedade da vida, a responsabilidade humana compreende a realização das possibilidades que até então não foram realizadas, e, deste modo, deixar no passado essas realizações, tudo isso motivado pela vontade autêntica, que é a vontade de entender o sentido de sua vida, de perceber e realizar os valores concretos que se apresentam nas possibilidades da vida. Quando essa necessidade é realizada, a pessoa se sente satisfeita e com novo vigor para enfrentar qualquer dificuldade. A razão de ser na vida compreende a busca contínua por objetivos a serem descobertos e de valores a serem realizados (Fizzotti, 1998).

Deste modo, Frankl (2003) apresenta três direções em que o homem pode realizar essa tarefa. Primeiramente, pode-se encontrar e realizar sentido através da criação de algo ou por meio da atividade prática, como, por exemplo, uma atividade profissional (valores criativos); em segundo lugar, quando se vivencia algo, como um filme, um livro, um pôr do sol, ou doando-se ao outro em detrimento do seu próprio prazer, ou seja, amando (valores vivenciais). Além do mais, é possível encontrar sentido diante das facetas trágicas da existência humana: a culpa, o sofrimento e a morte,

pois se pode tirar delas algo positivo. É possível aprender com a culpa, encontrar realização com o sofrimento, caso não seja possível evitá-lo, e a morte pode constituir um incentivo para não se deixar passar as oportunidades de viver uma vida com responsabilidade (valores atitudinais). Portanto, a possibilidade de se encontrar sentido na vida é incondicional.

### **O PACIENTE TERMINAL, A RELIGIOSIDADE E O SENTIDO DA VIDA E DA MORTE**

A Logoterapia mostra que é possível encontrar um sentido para a vida frente ao sofrimento através da mudança de postura. Portanto cabe exemplificar como o paciente terminal pode encontrar sentido diante do seu sofrimento e da perspectiva de morte iminente.

As fatalidades, tais como a perda de um ser amado e a perda irreversível da saúde, são exemplos de situações que não podem ser desfeitas e são percebidas como sem sentido. Nessas situações, não se consegue a cura por meio de medicamentos, contudo, é possível se confortar. Pode-se encontrar significado para o sofrimento inevitável quando o indivíduo se propõe a servir como exemplo de como enfrentar o sofrimento que se passa (Fabry, 1990).

Este autor cita o exemplo de um paciente com câncer que após saber que tinha pouco tempo de vida, passou a ajudar os outros doentes que não tinham perspectiva de cura, e ao realizar esta atividade que para ele era significativa, ajudava a si mesmo. Apresenta, também, o comentário de um adolescente que tinha o avô, recém sepultado, como exemplo de uma pessoa que soube morrer com dignidade, pois, segundo o relato do jovem, animava as pessoas mesmo com muitas dores (Fabry, 1990).

Para Frankl (1991) a vida por ser passageira não a torna, de modo algum, sem sentido, mesmo

entre as coisas que parecem tirar o sentido da vida humana. À vista disso constitui a responsabilidade de realizar as possibilidades que se apresentam na vida humana e que são passageiras. O autor sugere que se imagine a vida como se estivesse vivendo pela segunda vez, e que na primeira vez tivesse feito tudo errado, e que está prestes a fazer tudo de novo, como forma de conscientizar o homem de sua responsabilidade de fazer as escolhas de maior sentido.

O sofrimento físico e psíquico tende a conduzir o ser humano a não enxergar o sentido para aquilo que passa. Todavia, a religiosidade humana proporciona a possibilidade de encontrar sentido para o que aparentemente não tem. Frankl (2003) apresenta uma alegoria entre um macaco e um ser humano que vivenciam situações de sofrimento para exemplificar a dimensão espiritual e a possibilidade de encontrar sentido para o sofrimento. Frankl compara o sofrimento de um macaco utilizado como experimento para a obtenção de um determinado soro com o sofrimento humano. Assim como o macaco não consegue acompanhar o raciocínio humano que o utiliza para as experiências, o homem nem sempre tem acessível o suprasentido, aquele que pode significar o sofrimento que passa. A capacidade de acreditar no sentido existente para a vida, inclusive para o sofrimento é definida, para Frankl como fé. (Frankl, 2003).

Lukas (1992) ratifica a possibilidade de encontrar sentido para a vida, até mesmo para as fatalidades, por meio da religiosidade, que é a expressão da dimensão noética ou espiritual:

Para aquele sentido, não apreensível pelo homem, a não ser através de um movimento de fé em direção à transcendência divina, Viktor Frankl criou o conceito de *suprasentido*. [...] A suposição de um *suprasentido* abre-nos, porém, a possibilidade de que elementos do mundo, que a nossa razão considera *sem sentido*, como por

exemplo, a existência do mal, as coincidências funestas, o sofrimento de pessoas inocentes ou o fato inevitável do envelhecimento e da morte tenham seu sentido numa outra dimensão superior, inacessível ao homem (Lukas, 1992, p. 25).

A autotranscendência, como aspecto religioso, é apresentada por May (2009) como forma de superação do sofrimento. O autor demonstra que uma das práticas dos Alcoólicos Anônimos consiste na crença em alguma força do universo maior do que si-mesmo, que capacita o dependente a acreditar num poder curador além do próprio egocentrismo. Desta forma, a pessoa é capaz de libertar-se das amarras do corpo da mente e reconhece que existem propósitos muito maiores que o seu pequeno mundo e procura harmonizar-se com eles. (May, 2009).

Portanto, apesar do sofrimento de que o acometimento de uma doença considerada terminal pode provocar vários sentimentos e limitações físicas, psíquicas e sociais, o paciente pode mudar sua atitude, tornando-se consciente de sua responsabilidade frente a sua liberdade de escolher como será o seu futuro, tudo isso propiciado pela religiosidade humana que tem como base a dimensão noética ou espiritual.

Também é imperioso explicitar as peculiaridades das relações do paciente terminal, em especial a sua relação com os familiares, tendo em vista que essa relação é de fundamental importância para a saúde mental de ambos, revelando os sentimentos e as estratégias usadas pelos familiares no enfrentamento dessa situação delicada.

## PACIENTE TERMINAL, A FAMÍLIA E O HOSPITAL

O conceito de paciente terminal relaciona-se historicamente com o século XX, porque as doenças que antes eram fulminantes tornaram-se graves

devido ao avanço da ciência médica, da cirurgia e da farmacologia. Mesmo com algumas doenças consideradas incuráveis, como alguns tipos de câncer, a AIDS e algumas doenças degenerativas, em alguns casos os pacientes vivem muito tempo e precisam de cuidados constantes (Kovács, 1998).

Acrescenta Kovács (1992) que o fato de se tomar conhecimento de uma doença terminal manifesta no paciente, na família e na equipe de saúde, pontos importantes a serem considerados, como o mito de que o processo de morte é sempre acompanhado de sofrimento e dor insuportável, ou que a pessoa deve estar inconsciente nesse momento, sendo estas crenças alimentadas por imagens de pessoas que morreram desta forma em alguns hospitais.

Abordando o novo contexto em que o paciente morre na atualidade, Pessini (2004) acrescenta que os humanos, na antiguidade, morriam em casa, sendo esta morte considerada familiar, pois era esperada e os membros da família, parentes e vizinhos “autorizavam” a morte do integrante. Todavia, atualmente, a maioria das mortes ocorre em hospitais, e como cita o autor, a morte é invertida, pois é escondida e vergonhosa, e além do mais, mais temida do que na antiguidade.

Sobre os sentimentos e comportamentos apresentados pelo paciente e a família do mesmo quando se é comunicado que se sofre de uma doença considerada terminal, Kübler-Ross (1998) lista alguns possíveis estágios pelos quais os pacientes terminais, e também a família destes, podem passar ao receber a notícia de uma doença terminal, e não necessariamente deve seguir a seqüência apresentada didaticamente.

O primeiro estágio é denominado de *negação e isolamento* pelo fato da negação ser mais comum no início do processo. Esse estágio depende da forma pela qual a notícia foi dada. O segundo

estágio, nomeado por *raiva*, surge quando não se pode mais negar o fato. Nele, os sentimentos de raiva, mágoa, indignação e inveja podem aparecer. A fase subsequente é a *barganha*, na qual o paciente tenta conciliar-se e adiar a morte, tendo a culpa pelo surgimento da doença como provável fator de influência sobre esse mecanismo. A *depressão* é caracterizada como um estágio de preparação para a perda dos objetos que se ama, além de constituir, também, um momento muito difícil para a família, a qual deve facilitar a exteriorização destes sentimentos. Caso o paciente tenha enfrentado a sua doença e tiver recebido apoio anterior, poderá aceitar sua morte, não lutando mais contra ela, e já tendo se despedido dos seres queridos, pode expressar uma enorme tranquilidade, constituindo, dessa maneira, a última fase, denominada de *aceitação*. Nesta fase, é necessário identificar se houve uma renúncia precoce de encarar a doença e a morte, ou se realmente o paciente já realizou o seu percurso em paz (Kübler-Ross, 1998).

Kovács (1992) assinala que a família passa pelos mesmos estágios do paciente, e a forma de encarar a grave enfermidade dependerá da estrutura de cada indivíduo e das relações entre eles e o estágio em que o doente se encontra, portanto cada família tem sua necessidade específica. Podem apresentar-se, no início, problemas de comunicação, como a dúvida entre contar ou não ao paciente, podem surgir sentimentos de culpa e incapacidade diante das manifestações sintomáticas, o desejo ambivalente de querer que o paciente morra devido à grande atenção e gastos financeiros de que ele necessite e, conseqüente sentimento de culpa. A autora aponta a necessidade de apoio familiar quando a morte real ocorrer, para que o desligamento definitivo aconteça.

Da mesma forma os sentimentos de pena, tristeza, angústia, falta de coragem e a qualidade do relacionamento anterior ao diagnóstico da doença se

apresentam como elementos que impedem ou dificultam a despedida entre familiares e doente (Lisbôa & Crepaldi, 2003).

A família propicia o suporte social mais importante e a primeira fonte de defesa do doente, sendo que a doença significa um fato potencialmente gerador de crise no seio familiar, acarretando muitas modificações no meio familiar, como alterações nos planos de futuro, papéis, responsabilidades e padrões de interação familiar. A situação de doença é sempre sentida com alguma agressividade e violência, criando sentimentos de revolta e incapacidade de controlar a direção dos acontecimentos (Figueiredo, 2007).

Um estudo sobre cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico reforça a relação entre família e paciente terminal, pois revela que uma considerável proporção de cuidadores informais principais destas pacientes apresenta ansiedade e depressão na fase terminal da moléstia, e este sofrimento psíquico também reflete no paciente e vice-versa, ou seja, há um inter-relacionamento entre o sofrimento psíquico da família e o sofrimento do paciente (Rezende, et al., 2005).

A influência familiar sobre o bem estar próprio e do paciente enfermo é evidenciada por Zavaschi, Bassols, Sanchez e Palma (1993) quando se afirma que por mais estruturada que seja a família, quando um filho adoece, toda a família adoece também. Diante do desespero da ameaça de morte, os familiares se sentem incapazes, impotentes, e com muita frequência se culpam por se considerarem a causa da doença. Além da saúde do filho, o ambiente físico hospitalar é igualmente fonte de estresse, devido ao barulho, falta de privacidade, rotina diferente da usual, que pode assustar e afastar a família do paciente. As autoras também corroboram com a perspectiva de que as

experiências passadas, como conflitos e perdas, são muito importantes na resposta da família ao estresse.

Quando o familiar doente é uma criança, e esta fica internada por um longo período por causa de uma doença grave, o impacto sobre a família é muito grande. A ansiedade dos pais com o bem-estar dos seus filhos e também com possíveis dificuldades econômicas afetará igualmente a criança hospitalizada e outras crianças na família. Mesmo se a criança for curada da doença, a família pode sofrer com as consequências da ansiedade, superproteção e estresse geral (Miller, 2008).

Segundo Camon (1984), o paciente terminal interno em instituição hospitalar além de vivenciar uma confusão de emoções, como a ansiedade, o esforço por conforto, pela preservação da sua dignidade e pelo temor pelo tempo de vida limitado, está envolvido também com os seus familiares e com a equipe hospitalar, sendo que esta interação terá uma grande influência sobre a aceitação ou rejeição desse paciente diante do tratamento e da própria doença.

Em pesquisa com familiares cuidadores de pacientes terminais, observou-se que alguns desses cuidadores avaliam que seus cuidados ajudam na diminuição do sofrimento do ser em estado terminal, auxiliando na minimização do sofrimento do próprio cuidador diante daquela situação difícil. Portanto, nota-se, novamente, que o relacionamento entre familiar e paciente é muito importante na qualidade de vida de ambos (Pereira & Dias, 2007).

Corroborando com a perspectiva do grande valor da presença do familiar junto ao paciente, Pregnotatto e Agostinho (2003) consideram que a presença do familiar junto ao paciente internado numa UTI – Adulto representa segurança para o paciente, facilitando sua compreensão sobre a sua internação, sobre sua doença e as consequências desta, além de servir como ponte entre a vida

externa e o estado de doença em que se encontra. Também permite que a equipe hospitalar possa entender melhor o sentimento dos pacientes levando a melhorar o vínculo entre ambos. Do mesmo modo acrescentam que a presença da família durante a internação pode provocar a necessidade de assistência a esta, levando a equipe de saúde a dispor de um tempo e atenção maiores, que frequentemente esta equipe não dispõe, devido à rotina emergencial.

Percebe-se que nem sempre ocorre, por parte do grupo familiar, a aceitação de que o ente familiar que tem uma doença crônico-degenerativa está morrendo, e um dos fatores que pode levar a essa dificuldade é o tipo de vínculo afetivo entre a pessoa que está morrendo e os familiares (Lisbôa & Crepaldi, 2003). As autoras apontam, também, a importância da intervenção psicológica para que o sofrimento inerente a esta situação da vida seja minimizado, atuando, assim, como medida de prevenção em saúde mental, pois a perda e o luto afetam as pessoas e podem causar sintomas emocionais, como a depressão e a ansiedade, assim como sintomas físicos.

Da mesma forma, em Pereira e Dias (2007), observa-se que a presença ou a ausência do familiar pode ser benéfica ou não, dependendo das relações prévias que tinham com o paciente enfermo, e dos sentimentos e reações frente à situação de terminalidade. Contudo, as autoras apontam que o cuidador pode transmitir explicações à equipe médica sobre as reações do paciente, pois percebem sentimentos, como os de frustração e revolta, os quais podem passar despercebidos ou serem ignorados pela equipe de saúde.

Apesar da dificuldade de comunicação entre enfermo e membros familiares que pode ocorrer pela presença ou ausência destes últimos, o processo de despedida entre paciente e família apresenta muitos

efeitos benéficos. Lisbôa e Crepaldi (2003) em pesquisa sobre rituais de despedida em familiares de pacientes com doenças crônicas em estágio avançado, lúcidos ou não, observaram a importância da comunicação entre familiares e pacientes.

Nesta pesquisa foi facilitado o ritual de despedida entre familiares e pacientes, o qual foi realizado de diversos modos, como, por exemplo, através da comunicação oral e gestual, leituras bíblicas e rituais religiosos como forma de autorizar a partida do ente querido, revelando ao paciente que a família está preparada para a morte dele. Notou-se, através da aceitação de todos os familiares entrevistados sobre o ritual de despedida, que esse procedimento trazia conforto por terem atendido o seu parente, compartilhando com ele um momento de difícil enfrentamento, ao relatarem alívio de culpas e tristeza, auxílio na aceitação da morte e na aproximação entre família e paciente. Segundo relatos percebeu-se que os pacientes pareciam mais tranquilos e serenos, e se sentiam amados por estarem sendo acompanhados pelos familiares. Destarte, observou-se que a orientação psicológica foi um fator bastante relevante para o enfrentamento da morte pelos familiares envolvidos e pelo próprio doente, diante de um momento que mobiliza muitos sentimentos, pois as questões mais significativas pareciam ter sido solucionadas. (Lisbôa & Crepaldi, 2003).

Silva e Moreno (2004) apontam também que a religiosidade e as práticas religiosas dos familiares de enfermos têm a função de significar o momento vivido e também de compartilhar o sofrimento.

Elias (2001) em pesquisa longitudinal com cinco mulheres com câncer tratadas na Divisão de Oncologia do CAISM/UNICAMP, diagnosticadas pela equipe médica como fora de possibilidade de cura, submetidas à intervenção psicoterápica

denominada Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade, com o objetivo de re-significar a dor simbólica, identificou que a maioria das pacientes e seus familiares conseguiram re-significar o conceito de morte, na medida em que os aspectos positivos da morte e da vida substituíram a dor espiritual, sendo esta compreendida como a falta de sentido na vida e na morte, o medo do pós-morte e da culpa perante Deus.

Como exemplo, Elias (2001) cita o caso de uma das pacientes participantes desta pesquisa, cuja dor espiritual que enfrentava foi expressa pelo pavor de ser enterrada viva, além do sentimento de culpa perante Deus. Durante as sessões de psicoterapia, foi sugerido a esta paciente, como forma de desfocar o pensamento vinculado às tristezas provenientes do sofrimento causado pela doença e focá-lo em outros que despertassem sensações de paz e tranquilidade, que ela visualizasse um cenário belo, com imagens escolhidas por ela própria, respeitando, deste modo, os valores da paciente, assim como sugeriu-se que sentisse o amor de Cristo, que não julga, envolvendo-a. Foi sugerido também que a paciente sentisse que concluíra tudo o que tinha para ser feito na vida, do mesmo modo também havia aprendido com as experiências que vivenciara e que, para entrar no mundo espiritual, era necessário ligar-se a sentimentos como o de paz, amor, bondade e proteção.

A paciente e seus familiares reconheceram que as sessões de psicoterapia melhoraram a qualidade de vida de ambos. A própria paciente afirmou que este trabalho minimizou o medo da morte superou parcialmente as tristezas e culpas. A paciente morreu sem agonia. (Elias, 2001).

Kovács (1992) acrescenta que, diante da série de sofrimentos pela qual passa o paciente terminal, abre-se uma variedade de temas possíveis de serem trabalhados, e a maneira mais prudente de

se trabalhá-los seria a escuta atenta às suas necessidades. Para a autora, falha-se em acreditar que para o paciente terminal não há mais nada o que se possa fazer, todavia é neste momento que ele precisa de mais ajuda física e psíquica.

Para Frankl (1989), a finitude do homem, a compreensão de que só se vive uma vez, remete-o à responsabilidade pela sua vida. Por isso, o conhecimento da nossa mortalidade é um elemento constitutivo de sentido da existência humana, pois leva-nos a agir diante das interrogações que a vida nos faz, realizando os valores mais significativos que cada situação nos apresenta.

O sofrimento faz parte da existência humana, e, se podemos encontrar sentido em qualquer situação, conseqüentemente, além da criatividade e da experiência, também do sofrimento se pode retirar um sentido. Quando se está privado de realizar valores criativos e experienciais, revela-se a possibilidade de dar sentido à existência, pela atitude pessoal frente às restrições externas sobre o seu ser, e desta forma, ser digno dos seus tormentos (Frankl, 1991).

Quando questionada sobre se havia extraído algo de bom da artrite reumatóide, doença degenerativa grave a qual ataca as juntas e articulações, a atriz americana Kathleen Turner, após conseguir superar grande parte das limitações da doença, comentou que enfrentara uma crise de identidade ao perceber a influência da doença na vida dela. Contudo, acrescentou que priorizou outros aspectos da existência, tornando-se senhora das próprias decisões, e reforçou a ajuda do marido nesse processo (Buchalla, 2004).

Percebe-se que é possível encontrar sentido numa situação de sofrimento, aprendendo com ela e mudando a si mesmo, possibilidade inerente a dimensão espiritual humana, além de que a interação familiar também é muito importante.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ter a consciência de que a vida é passageira nem sempre é sinal de que haja aceitação de que a vida seja efêmera, o que pode levar a surgir no ser humano vários sentimentos como o medo da morte, sendo esse medo influenciado pelo contexto histórico em que se encontra o indivíduo. O cuidado com os cadáveres, os cuidados com a saúde e a influência da religião são fatores que tem influenciado o pensamento e o comportamento humano a respeito da transitoriedade da vida.

Pode-se apontar que o lugar onde se morre na atualidade pode ser um dos fatores que influenciam a dificuldade em lidar com a transitoriedade da mesma, pois antes a morte acontecia em casa, com a presença dos familiares, contudo hoje em dia, na maioria das vezes, ela ocorre em hospitais, e é mais temida e vergonhosa.

Na relação entre familiar e paciente terminal é possível verificar os sentimentos de tristeza, angústia, falta de coragem, revolta, incapacidade, desesperança, medo, ansiedade, ameaça, desejo que o familiar morra, dentre outros. Além de que o impacto familiar é maior, principalmente quando o membro familiar enfermo é um filho, e mais ainda, quando é uma criança.

Devido à família constituir o apoio social mais importante e a primeira fonte de defesa do doente, é necessário que se facilite a comunicação entre os membros familiares e o paciente, na medida em que quando se há o fortalecimento dos vínculos pessoais e familiares, há uma melhora na adaptação de pacientes familiares.

Percebe-se, da mesma forma, que as relações mediadas pelo vínculo afetivo anterior entre família e paciente influenciam na relação atual.

Frente a essas dificuldades inerentes ao processo de adoecimento e proximidade da morte, peculiares ao paciente terminal, é comum acreditar que o sofrimento e, por consequência, a vida não tenham sentido, tanto pelo paciente quanto por sua família. Desta forma percebe-se que o homem não se encontra preparado para enfrentar as dificuldades inerentes a vida de qualquer ser humano.

A abordagem logoterapêutica apresenta a possibilidade de se encontrar sentido na vida humana diante de aspectos trágicos como o sofrimento e a morte, através da mudança de postura frente a estes fatores, pois ao ser digno dos seus tormentos, o ser humano pode aprender algo com ele e, desta forma, aliviar o seu sofrimento. Essa possibilidade de encontrar sentido incondicional para tudo o que se vivencia se dá pela dimensão exclusiva humana: a dimensão espiritual ou noética, que tem a religiosidade como fator preponderante na fé em um sentido existente, mesmo que momentaneamente não possa ser identificado, para além do sofrimento mental e corporal.

Apesar das dificuldades encontradas no relacionamento dentre os entes familiares, observa-se que quando facilitado o ritual de despedida entre paciente e família, seja por meio da comunicação oral, gestual, leituras bíblicas ou rituais religiosos, o enfrentamento desta situação torna-se menos difícil, pois se verifica que ocorre o alívio de culpas e tristezas, e a aceitação da morte e, além do mais, os pacientes são percebidos como mais tranquilos e serenos.

A religiosidade e como esta influencia o simbolismo da morte também consiste em outro fator que interfere na qualidade de vida do paciente terminal e sua respectiva família. A re-significação da dor simbólica espiritual, no que tange a desfocalização dos aspectos negativo da morte, como os sentimentos de medo e culpa, para imagens

mentais de paz e acolhimento, relacionadas à espiritualidade do paciente, possibilitou melhora da qualidade de vida dos pacientes em estado terminal e seus familiares.

Igualmente, quando ocorrem a comunicação entre membros familiares e o apoio mútuo, as relações melhoram e se pode encontrar mais facilmente um sentido para a vida diante da morte, ressaltando a importância do auxílio psicológico e a Logoterapia a qual traz como contribuição, a

possibilidade de despertar a consciência humana para a capacidade de encontrar sentido para o sofrimento que não se pode evitar, como a possibilidade de servir como exemplo de força perante a enfermidade e de utilizar o tempo de vida disponível para realizar o máximo de coisas significativas possíveis, encontrando, assim, sentido para a morte. Deste modo, influencia-se positivamente a saúde mental do paciente e da sua família.

## REFERÊNCIAS

- Buchalla, A. P. (2004). A volta por cima. Entrevista: Kathleen Turner. *Revista Veja*. Ed. Abril, p. 14, 23 jun.
- Camon, V. A. A. (1984). *Existencialismo e Psicoterapia*. São Paulo: Editora Traço.
- Camon, V. A. A. (1999). *Pacientes Terminais - um Breve Esboço*. In: Camon, V. A. A. (org.). *Psicologia Hospitalar – Teoria e Prática* (4ª ed.). São Paulo: Pioneira.
- Chiavenato, J. J. (1998). *A Morte: uma abordagem sociocultural*. São Paulo: Moderna.
- Elias, A. C. de A. (2001). *Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na re-significação da dor simbólica da morte de pacientes terminais*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Fabry, J. B. (1990). *Aplicações Práticas da Logoterapia*. São Paulo: Ece.
- Figueiredo, A. P. R. (2007) da S. *Impacto do Tratamento do Cancro Colorretal no Doente e Cônjuge: Implicações na Qualidade de Vida, Morbidade Psicológica*. Dissertação (Educação em Saúde) - Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho. Braga – Portugal.
- Fizzotti, E. (1998). Busca de Sentido e/ou Cura. In: *Liturgia e Terapia: a sacramentalidade a serviço do homem na sua totalidade*. Aldo Natale Terrin (Org). São Paulo: Paulinas.
- Frankl, V. E. (2003). *A Presença Ignorada de Deus* (7ªed.). São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes.
- Frankl, V. E. (1991). *A Psicoterapia na Prática*. Campinas: Papirus.
- Frankl, V. E. (1989). *Psicoterapia e Sentido da Vida* (3ª ed.). São Paulo: Quadrante.
- Frankl, V. E. (1998). *Em Busca de Sentido: um psicólogo no campo de concentração*. São Leopoldo: Editora Sinodal; Petrópolis: Vozes.
- Gomes, J. C. V. (1992). *Logoterapia: A Psicoterapia Existencial Humanista de Viktor Emil Frankl*. São Paulo: Edições Loyola.
- Gutierrez, P., L. (2001). À Beira do leito. Bioética. O que é o paciente terminal? *Revista da Associação Médica Brasileira*, 47, 92-92.

- Kovács, M. J. (1998). Autonomia e Direito de Morrer com Dignidade. *Revista Bioética*, 6, 1. 61-69.
- Kovács, M. J. (1992). *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kübler-Ross, E. (1998). *Sobre a Morte e o Morrer* (8ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Lisbôa, M. L.; Crepaldi, M. A. (2003). Ritual de Despedida em Pacientes com Prognóstico Reservado. *Paidéia*, 13, 97-109
- Lukas, E. (1992). *Assistência Logoterapêutica – Transição para uma psicologia humanizada*. Petrópolis: Vozes.
- May, R. (2009). *A Arte do Aconselhamento Psicológico* (17ª edição). Petrópolis: Vozes.
- Miller, K. (2008). *Educação Infantil: como lidar com situações difíceis*. Porto Alegre: Artmed.
- Parrat - Dayan, S. (2009). *Como enfrentar a indisciplina na escola*. São Paulo: Contexto.
- Pereira, L. L.; Dias, A. C. G. (2007). O familiar cuidador do paciente terminal: O processo de despedida no contexto hospitalar. *PSICO*. 38, 55-65.
- Pessini, L. (2004). *Distanásia: Até quando investir sem agredir?* *Revista Bioética*, 12, 1, 39-60.
- Pregolato, A. P. F.; Agostinho, V. B. M. (2003). O Psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva – Adulto. In: *Psicologia Hospitalar: Teoria, Aplicações e Casos Clínicos*. Maquilin Gomes Batista e Rozana Dias (Org). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Rezende, V. L., Derchain, S. F. M., Botega, N. J., Sarian, L. O., Vial, D. L., Moraes, S. S. (2005). Depressão e Ansiedade nos Cuidadores de Mulheres em Fase Terminal de Câncer de Mama e Ginecológico. *Revista Brasileira de Ginecologia* 27, 737-43
- Silva, L.; Moreno, V. (2004). A Religião e a Experiência do Sofrimento Psíquico: escutando a família. *Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá*, 3, 161-168.
- Zavaschi, M. L. S., Bassols, A. M. S., Sanchez, P. C., Palma, R. B. (1993). *A reação da Criança e do Adolescente à Doença e a Morte – Aspectos Éticos*. *Revista Bioética*, 1, 165-72.

Enviado em: 01/05/2012

Aceito em: 01/12/2012

## **SOBRE O AUTOR**

**Icaro Arcênio de Alencar Rodrigues**. Psicólogo do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba – *Campus* Campina Grande, especialista em Saúde Mental e Inclusão Psicossocial, pesquisador nas áreas de Educação e Psicologia. E-mail: kikoicaro@hotmail.com