

A Família do Paciente Terminal: um Estudo à Luz da Logoterapia

Icaro Arcênio de Alencar Rodrigues

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba - *Campus* Campina Grande

Rua Tranquilino Coelho Lemos, 671, Dinamérica, Campina Grande – PB

kikoicaro@hotmail.com

RESUMO: A terminalidade da vida humana historicamente tem produzido vários sentimentos, principalmente aqueles que uma doença grave pode ocasionar, como o medo da morte e do sofrimento. A vivência de familiares cujo um dos integrantes desta apresenta doença crônico-degenerativa em fase terminal é alterada, afetando a interação entre estes e a equipe hospitalar. Deste modo cabe verificar por meio de revisão bibliográfica quais as dificuldades emocionais que enfrentam este grupo familiar, os benefícios que esta família obtém por meio da aceitação de que um familiar esteja acometido de doença cujo diagnóstico seja terminal, assim como quais as conseqüências destes fatores sobre a saúde mental da família. Esta pesquisa foi apoiada pelo referencial teórico da logoterapia, corrente da psicologia que apresenta a possibilidade intelectual de encontrar sentido para a vida, inclusive diante do sofrimento inevitável. Verificou-se que os sentimentos de tristeza, angústia, revolta, por exemplo, acometem os familiares na relação com o membro enfermo, além de que a facilitação da comunicação entre estes e o familiar doente, principalmente na forma de ritual de despedida, promove o alívio das culpas e tristezas, e, deste modo, maior saúde mental para ambas as partes.

Palavras-chave: morte, família, paciente terminal.

ABSTRACT: *The end of the human life historically has produced several feelings, mainly those ones that a serious disease may provoke, as fear of death and suffering. The experience of family is changed when one of them is considered a terminal patient, affecting the interaction between them and the hospital staff. Thus it is checked by means of literature review which emotional difficulties this family group faces, the benefits that this family gets through the acceptance that a relative is stricken with terminal illness, as well as what the consequences of these factors on the mental health of family. This research was supported by the theoretical framework of Logotherapy, psychological line that presents the intellectual ability to find meaning in life, even before the inevitable suffering. It was found that feelings of sadness, anxiety, anger, for example, involve the family in relation to the sick familiar, and that the facilitation of communication between the patient and family, mostly in the form of ritual farewell, promotes relief of guilts and sorrows, and thus greater mental health for both parties.*

Key-words: death, family, terminal patient.

1. 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 os sentimentos e atitudes da família do paciente terminal, e verificar como estes sentimentos e estratégias afetam o grupo familiar, especialmente a aceitação.

Para tanto este artigo foi estruturado em seis sessões. A primeira delas foi apresentada a Metodologia aplicada no trabalho. A segunda aborda as concepções sobre a morte nos aspectos históricos, culturais, religiosos e filosóficos, já na terceira expõe-se a abordagem logoterapêutica e 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.

2. Metodologia

A pesquisa desenvolvida é de caráter explicativo e apresenta como objeto de estudo o levantamento bibliográfico.

Na visão de Andrade (2002) a pesquisa explicativa procura aprofundar o conhecimento da realidade na medida em que visa à identificação dos fatores determinantes dos fenômenos estudados.

Conforme Gil (2002), a pesquisa bibliográfica é construída através de material elaborado, podendo ser: livros, periódicos científicos, teses, dissertações, anais de encontros científicos e periódicos de indexação.

Cervo e Bervian (1983, p. 55) definem a pesquisa bibliográfica como aquela que:

“explica um problema a partir de referenciais teóricos publicados em documentos. Pode ser realizada independentemente ou como parte da pesquisa descritiva ou experimental. Ambos os casos buscam conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado existentes sobre um determinado assunto, tema ou problema.”

A população constituiu-se de acervo literário disponível, assim como de material disponível em meio eletrônico. A amostra foi composta de 26 fontes de pesquisa, sendo 17 livros e 9 outras fontes dentre elas artigos eletrônicos, artigo de revista e dissertação.

Na pesquisa foi utilizada como instrumento, a catalogação de fontes que abordam os seguintes assuntos: paciente terminal, Logoterapia, família do paciente terminal, morte e sentido da vida. Os dados foram digitados e armazenados em computador com Windows XP, utilizando o programa Microsoft Word 2002.

A pesquisa foi realizada entre os meses de fevereiro e agosto de 2008. Foram catalogados todos os livros, artigos e trabalhos com referências aos temas propostos. Posteriormente, realizou-se a leitura, análise do material e a confecção de resumos, a fim de estruturar a revisão bibliográfica. Em seguida, a partir da abordagem dos diversos autores, os dados foram analisados e discutidos.

3. 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 à visualização de um sentido para a vida, para a morte e para o sofrimento. Desta forma, 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 idéias 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 idéia 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 idéia 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 provoca sofrimento a ambas as partes, contudo é possível encontrar sentido para o sofrimento que se passa. A abordagem logoterápica propicia a tomada de consciência dessa possibilidade, portanto cabe explicitar os fundamentos dela 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.

4. A Abordagem Logoterapêutica e a Possibilidade de Encontrar Sentido em Qualquer Situação 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.

Para a Logoterapia, abordagem criada por Viktor Emil Frankl, que desenvolveu e testou essa abordagem 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 aos homens 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.

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.

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.

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.

5. Sentido da Vida e da Morte e o Paciente Terminal

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 canceroso 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.

Percebe-se que apesar 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.

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.

6. 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, 2004).

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 (2007) 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 apud Kovács (1992) lista alguns possíveis estágios pelos quais os pacientes terminais, e também a sua família, 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 apud KOVÁCS, 1992).

Kovács (1992) assinala que a família passa pelos mesmos estágios do paciente, e a forma de encarar a grave enfermidade dependerá da es-

trutura 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 necessita 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 e 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, 2005).

A influência familiar sobre o bem estar próprio e do paciente enfermo é evidenciada por Zavaschi (2004) quando 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 sentem-se 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 igual-

mente 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 conseqüências 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 e 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 conseqüências 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 e 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. Portanto, 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.

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, além de que a interação familiar também é muito importante.

7. 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 a morte 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 conseqüência, 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.

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.

Quando ocorre 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.

8. Referências

ANDRADE, Maria Margarida de. **Como preparar trabalhos para cursos de Pós-Graduação: noções práticas**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

BUCHALLA, Ana Paula. **A volta por cima**. Entrevista: Kathleen Turner. Revista Veja. Ed. Abril, p. 14, 23 jun. 2004.

CAMON, Valdemar A. A. **Existencialismo e psicoterapia**. São Paulo: Ed. Traço, 1984.

_____. Valdemar, A. A. **Pacientes terminais - um breve esboço**. In: CAMON, Valdemar A. A. (org.). *Psicologia Hospitalar – Teoria e Prática*. 4. Ed. São Paulo: Pioneira, 1999.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia científica: para uso dos estudantes universitários**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

CHIAVENATO, Júlio José. **A morte: uma abordagem sociocultural**. São Paulo: Moderna, 1998.

FABRY, Joseph B. **Aplicações práticas da logoterapia**. São Paulo: Ece, 1990.

FIGUEIREDO, Ana Paula Rodrigues da Silva. **Impacto do tratamento do cancro colorretal no doente e cônjuge: implicações na qualidade de vida, morbidade psicológica, representações de doença e stress pós-traumático**. Universidade do Minho. Braga, 2007. Disponível em < <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7063/4/Tese%20total%20-%20ultima%20vers%C3%A3o.pdf>>. Acesso em 06 jul. de 2008. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7063/4/Tese%20total%20-%20ultima%20vers%C3%A3o.pdf>

FIZZOTTI, Eugênio. **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, 1998.

FRANKL, Viktor E. **A presença ignorada de Deus**. 7ed. São Leopoldo: Editora Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. Viktor E. **A psicoterapia na prática**. Campinas: Papirus, 1991.

_____. Viktor E. **Psicoterapia e sentido da vida**. 3ed. São Paulo: Quadrante, 1989.

_____. Viktor E. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. São Leopoldo: Editora Sinodal; Petrópolis: Vozes, 1998.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, José Carlos Vitor. **Logoterapia: a psicoterapia existencial humanista de Viktor Emil Frankl**. São Paulo: Edições Loyola, 1992.

GUTIERREZ, Pilar, L. **À beira do Leito. Bioética. O que é o paciente terminal?** Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, V. 47, n. 2. Abr./Jun., 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302001000200010&script=sci_arttext&tlng=. Acesso em 20 dez. 2007.

KOVACS, Maria Júlia. **Autonomia e direito de morrer com dignidade**. Disponível em: <www.cfm.org.br/revista/bio1v6/autodireito.htm>. Acesso em 27 ago. 2004.

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

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer**. 8 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LISBÔA, Márcia Lucrecia; CREPALDI, Maria Aparecida. **Ritual de despedida em pacientes com prognóstico reservado**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v13n25/09.pdf>>. Acesso em 23 jun. 2008.

MILLER, Karen. **Educação infantil: como lidar com situações difíceis**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

PEREIRA, Lilian Lopes; DIAS, Ana Cristina Garcia. **O familiar cuidador do paciente terminal: o processo de despedida no contexto hospitalar**. Universidade Federal de Santa Maria. Psico. v. 38, n. 1, pp. 55-65, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1924/1430>>. Acesso em 06 fev. 2008.

PESSINI, Léo. **Distanásia: até quando investir sem agredir?** Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v4/distanasia.html>>. Acesso em 20 dez. 2007.

PREGNOLATTO, Ana P. F.; AGOSTINHO, Valéria B. M. **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, 2003.

REZENDE, Vera Lúcia *et al.* **Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico.**

Rev. Brás. Ginec. Obstet. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n12/a06v2712.pdf>>. Acesso em 19 ago. 2008.

Zavaschi, Maria Lucrecia Scherer *et al.* **A reação da criança e do adolescente à doença e a morte**

– **aspectos éticos.** Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v1/reacao.html>>. Acesso em 02 jul. 2008.