O SOFRIMENTO NO SILÊNCIO: INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS COM UM PACIENTE TERMINAL

Naira Janeiro Antunes (Projeto de Extensão Permanente “Psicologia e Equipe Multiprofissional”, HUM/UEM, Maringá-PR, Brasil); Fernanda Déo da Silva Mazzer (Projeto de Extensão Permanente “Psicologia e Equipe Multiprofissional”, HUM/UEM, Maringá-PR, Brasil); Jane Biscaia Hartmann (Hospital Universitário Regional de Maringá, HUM/UEM, Maringá-PR, Brasil); Karolina Reis dos Santos (Departamento de Psicologia, UEM, Maringá-PR, Brasil).

contato: naira_antunes@hotmail.com

O modo como a morte é compreendida influencia diretamente sobre a forma como é enfrentada. Na sociedade, com o decorrer dos anos, as atitudes e práticas frente a mesma sofreram transformações. Antes, tida como “boa” quando esperada, dava a oportunidade de uma preparação, podia ser encarada de maneira natural e os rituais ocorriam no âmbito familiar. Esse enfrentamento mudou ao ponto de que, atualmente, é assim classificada como boa quando ocorre rapidamente e sem sofrimento, acabando por constituí-la como um evento solitário e impessoal. Percebe-se um deslocamento do lugar da morte que passa a acontecer nos hospitais, onde também há a sua ocultação. A morte tornou-se um tabu, assunto evitado e silenciado a fim de evitar que se provoque ainda mais dor e/ou constrangimento. O desdobramento dessa situação é que a proximidade da morte muitas vezes é interdita. Não se fala sobre o que está acontecendo e os envolvidos – médicos, família e paciente – adotam como estratégia “fingir” que está tudo bem, na tentativa de proteger uns aos outros e a si mesmos do sofrimento. É comum que, em casos com prognóstico desfavorável, tanto a família quanto os profissionais de saúde restrinjam as informações dadas ao paciente, temendo a falta de preparação para lidar com o quadro clínico adverso. Diante do exposto e tendo como base um caso atendido pela equipe de Psicologia na Clínica Cirúrgica de um hospital escola, tem-se como objetivo apresentar um relato da experiência da adoção de medidas interventivas cabíveis para a situação em que, mediante um quadro diagnóstico terminal e a entrada em cuidados paliativos, forma-se uma conspiração do silêncio para com o paciente, tanto por parte da equipe médica, quanto pelos familiares. Pautados na abordagem psicanalítica e em técnicas de intervenção focais, como a escuta, acolhimento, suporte psicológico e orientação, acompanhando o caso desde a delimitação do diagnóstico de adenocarcinoma diferenciado do duodeno, buscou-se, posteriormente, trabalhar com a família a questão da comunicação de notícias difíceis para o paciente a respeito de seu estado. Optando pelo silêncio a família justifica-se visando poupar o paciente das informações referentes a sua condição clínica e prognóstico, acreditando ser a medida mais acertada, tendo em vista as possíveis reações negativas do enfermo, que poderiam culminar com sua “entrega”. Entende-se que o enfrentamento da morte e a vivência do processo de luto são diretamente atingidos por esta atitude de ocultação, sendo dificultados, pois não há possibilidade de expressão, comunicação e vivência dos estados emocionais que envolvem este período nem para o paciente, nem para a família. Essa interdição impossibilita reparações e resgates emocionais para os envolvidos. Para reverter tal situação propõe-se favorecer um espaço de escuta, em que seja possível ouvir e esclarecer dúvidas, bem como identificar sentimentos envolvidos e a expressão de necessidades. Tem-se que a comunicação clara e sensível pode auxiliar a acalmar temores e minimizar danos e sofrimento, permitindo, assim, ao paciente e aos seus familiares, experienciarem a morte de forma conjunta e, com isso, mais branda.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar. Interdito. Comunicação de Notícias Difíceis.