



CONTRIBUIÇÕES DO EXISTENCIALISMO SARTRIANO AOS CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

Sartrean existentialism contributions to paliative oncological care

Contribuciones del existencialismo sartriano a la atención oncológica paliativa

Fabiola langaro

Daniela Ribeiro Schneide

Universidade do Sul de Santa Catarina

Universidade Federal de Santa Catarina

RESUMO

Este artigo apresenta reflexões teóricas sobre contribuições do existencialismo sartriano à compreensão da experiência vivida por pacientes com câncer em final de vida e seus familiares. O produto da análise de materiais bibliográficos foi organizado em categorias. Os resultados destacam que, em uma perspectiva sartriana, privilegiam-se ações de mediação a pacientes e familiares para reformulação e viabilização de seus projetos de ser, visto que a perspectiva da morte não se constitui como obstáculo à liberdade, mas dá a ela novos contornos. Assim, morrer é ainda uma das dimensões da vida; não é, portanto, sinônimo de morte. Esse entendimento proporciona dignidade nessa etapa final do viver e abertura de um importante campo de atuação de psicólogos e demais profissionais de saúde.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Existencialismo; Câncer.

ABSTRACT

This article presents theoretical reflections on the contributions of Sartrean existentialism to end-of-life cancer patients and their families. The product of the bibliography analysis was arranged in categories. Results indicate that, from a Sartrean perspective, actions of mediation for patients and their families should be emphasized, in order to reformulate and make their projects of being feasible,

since the perspective of death is not an obstacle to freedom, but it does give new contours to it. Thus, the process of dying is still one of the dimensions of life and, therefore, it is not synonymous with death. This understanding can bring dignity to this final stage of living, which is an important line of work for psychologists and health professionals.

Keywords: Palliative Care; Existentialism; Cancer.

RESUMEN

Este artículo presenta reflexiones teóricas sobre las contribuciones del existencialismo sartriano a la comprensión de la experiencia de los pacientes con cáncer al final de la vida y sus familias. El producto del análisis de materiales bibliográficos se organizó en categorías. Los resultados destacan que, desde una perspectiva sartriana, las acciones de mediación para pacientes y familiares tienen el privilegio de reformular y hacer viables sus proyectos, ya que la perspectiva de la muerte no constituye un obstáculo para la libertad, sino que le da nuevos contornos. Así, morir sigue siendo una de las dimensiones de la vida; por lo tanto, no es sinónimo de muerte. Este entendimiento proporciona dignidad en esta etapa final de la vida y la apertura de un importante campo de acción para psicólogos y otros profesionales de la salud.

Palabras clave: Cuidados paliativos; Existencialismo; Cáncer.

INTRODUÇÃO

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, essas células tendem a ser agressivas, determinando a formação de tumores. Suas causas são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambos os fatores inter-relacionados. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos de um ambiente social e cultural. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, estando ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas (INCA, 2016).

Apesar dos avanços no tratamento do câncer e da crescente possibilidade de cura ou controle, a doença ainda provoca nos pacientes experiências impactantes, tanto do ponto de vista pessoal como familiar (Scorsolini-Comin, Santos, & Souza, 2009; Silva & Santos, 2008). Os abalos produzidos pela descoberta da doença estão relacionados, entre outros aspectos, ao estigma que esta carrega, incluindo a experiências de dor intensa, mutilações, tratamentos invasivos e com efeitos colaterais diversos, deixando pacientes e familiares com frequência fragilizados (Stolaghi, Evangelista & Camargo, 2008).

Assim, é comum que o diagnóstico do câncer seja vivenciado pelo paciente e pela família, em um primeiro momento, como uma doença que ameaça a vida, colocando-os diante da perspectiva da morte (Conceição & Lopes, 2008). A partir disso, a consciência da finitude pode se tornar intensificada (Ambrosio & Santos, 2011). Conforme destaca Silva (2009), “[...] a doença abala as ilusões de permanência no mundo e restringe a escolha entre as possibilidades que se abrem todos os dias ao ser humano” (p. 12). Para a autora, “[...] o diagnóstico interrompe a ilusão da imortalidade, própria de todos nós” (p. 29).

É, então, frequente que pacientes experimentem sentimentos de fragilidade, angústia, ansiedade, raiva, medo, insegurança, sensação de impotência e pensamentos relacionados à morte a partir da descoberta da doença (Liberato & Carvalho, 2008). O período de tratamentos pode incluir a vivência de efeitos colaterais intensos, fragilizando ainda mais a pessoa, que já está sendo afetada em todas as dimensões de sua existência: orgânica, psicológica, social, estética, cultural, econômica (Silva, 2009; Langaro, Pretto & Cirelli, 2012). Nesse momento, impõe-se ao sujeito a necessidade de lidar com o processo da doença e sua evolução, com a possível presença de dor, tratamentos cirúrgicos que podem implicar mutilações e outros procedimentos médicos invasivos, exames sobre a evolução da doença – que são cercados de expectativas e temores –, perdas relacionadas à autonomia, tensões ligadas à relação com a equipe de saúde, além de mudanças nas relações do paciente com sua família (Liberato & Carvalho, 2008).

Diante do avanço da doença, da impossibilidade de cura da possibilidade da morte, é comum a experiência de sofrimento e desamparo, sensação de abandono, de falta de sentido para a vida e angústia frente à possível dependência de cuidados (Kovács, 2008). Além disso, por vezes o paciente vivencia lutos por diversas perdas: da autonomia, do corpo vivido, da imagem corporal, do lugar social e na família e da possibilidade de não prosseguir em seus planos e sonhos. Enfrentam, dessa forma, um luto antecipatório, visto que diversas perdas vão sendo experienciadas antes da morte (Kovács, 2007).

Em uma perspectiva fenomenológica, é possível pensar que o deparar-se com o adoecimento pode provocar no sujeito uma ruptura com a experiência vivida anteriormente em relação àquela vivida no presente. Essa vivência torna o futuro incerto, visto que evidencia a possibilidade de deixar-de-ser, antes negada ou não percebida (Olivieri, 1985). Nesse sentido, a vivência da doença implica uma ruptura com o campo de possibilidades futuro, que lança o sujeito a uma revisão do projeto-de-ser (Sartre, 1997).

Sendo corpo e consciência no mundo, ao ter o corpo atingido pelo adoecimento orgânico, o sujeito passa a vivenciar a doença na condição de ser psicofísico que é.

Segundo descreve Schneider (2011, p. 119), “[...] sabemos que o para-si é-no-mundo, sendo o corpo nossa relação primeira com esse mundo. Dizer que estou no mundo, que vim ao mundo ou que há um mundo e dizer que sou um corpo é uma só e mesma coisa”. Portanto, o corpo torna-se um instrumento pelo qual o para-si age, já que “[...] o corpo é uma característica necessária ao para-si” (Sartre, 1997, p. 392). Com isso, a relação do sujeito com o mundo é revelada pelo corpo, que manifesta a contingência da relação originária do para-si com as coisas.

Assim, o corpo lança o sujeito

[...] num tempo e num espaço, isto é, numa situação existencial específica e que, unificado a uma consciência (definida como nada, voltada ao que é exterior a ela, como relação ou intencionalidade), oferece as possibilidades de o sujeito se relacionar com o mundo, ver o outro, ser visto pelo outro e, com isso, inserir-se e ser inserido num movimento concreto de constituição de si, do outro e da história coletiva. É por meio desta condição psicofísica, ontológica, que o sujeito estabelece relação com dada realidade antropológica e poderá, então, constituir sua singularidade como totalidade em que o psicológico será ‘encarnado’ no corpo e o corpo vivido como psicológico (Langaro, Pretto & Cirelli, 2012, p. 131).

Nesse sentido, sendo o corpo permeado e transpassado pela relação entre o sujeito e o outro, se este corpo se altera, alteram-se as relações com o corpo, com o outro e com o mundo. Altera-se, portanto, a condição de ser do sujeito, seu movimento no mundo, seu vir-a-ser (Sartre, 1997). A partir do adoecimento, o sujeito se relaciona com a materialidade e com as outras pessoas numa condição corporal diferente da condição anterior. Continuar a viver tendo o adoecimento como experiência é lançar-se para um futuro frente à necessidade de fazer novas escolhas. As condições de possibilidades impostas pelo adoecimento implicam, destarte, uma alteração das experiências de ser quem se é dos sujeitos, que poderá levá-los a experimentar uma alteração em sua dinâmica psicológica.

Disso se depreende, por consequência, que há para o sujeito uma dimensão do vivido, que é anterior à reflexão e apropriação que faz de suas experiências. Essa dimensão é realizada pelo/no corpo do sujeito, de modo espontâneo, em sua experiência do “corpo que é”, e depois poderá ser tomada como objeto de uma consciência crítica, para que se dê conta do “corpo que tem”. Conforme descreve Sartre (1976, p. 111), o vivido é “[...] a vida

em compreensão consigo mesma, mas sem que seja indicado um conhecimento, uma consciência tética [...]”. O imediato do vivido é, assim, a característica da consciência não tética. Essa é a dimensão da experimentação psicofísica, na qual o sujeito vive a intensidade de sua história e de seu projeto de ser, defrontando-se com “seus suores e suas dores”, resultando na compreensão de ser esse ser que é (Schneider, 2011).

Dessa forma, para compreender quem é esse sujeito e elucidar seu projeto de ser, será preciso descrever os fenômenos experimentados nas relações que este estabelece com os elementos que constituem o contexto sociomaterial em que está inserido. Nesse sentido, o adoecimento impõe ao sujeito uma realidade desconhecida anteriormente, que o obriga a fazer-se em meio à incerteza da concretização do seu projeto anteriormente vivido.

Essa relação do sujeito com o seu projeto de ser, agora modificado pelo adoecimento e frente à possibilidade concreta de morte, vai constituindo-se pouco a pouco por meio das experiências vividas e das escolhas implicadas em cada uma delas. Segundo Silva (2009), viver com câncer é experimentar a incerteza constante de que o tratamento pode não conter a doença. Os doentes manifestam um temor de não serem curados, e o projeto existencial é vivenciado com frequência como estando em suspenso.

As questões em torno da experiência de si encontram respostas por meio de interrogações que examinam o vivido em suas estruturas fundamentais, abrindo-se na perspectiva concreta da vida do sujeito, em relação à sua história, aos outros, às suas experiências vividas, fazendo esse sujeito ser aquilo que ele é. Portanto, questionar o mundo, as determinações materiais e históricas da *praxis* conduz à compreensão da subjetividade humana (Carvalho, 2003).

Diante do exposto, este artigo teve como objetivo descrever contribuições do existencialismo sartriano aos cuidados paliativos oncológicos, em uma proposta de pensar as experiências de pessoas doentes de câncer e que enfrentam a impossibilidade de cura para esta doença.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão narrativa, que se constitui da análise crítica da literatura publicada em artigos, livros e outros materiais científicos relacionados ao tema da pesquisa. Essa categoria de revisão é constituída por uma análise ampla da literatura, porém não se caracteriza como uma metodologia que permita a reprodução dos dados ou respostas quantitativas à questão abordada (Rother, 2007; Vosgerau & Romanowsk, 2014).

No entanto, essa modalidade de revisão contribui para a aquisição de conhecimento sobre um tema específico, evidenciando ideias, métodos e subtemas (Elias et al., 2012), como é o caso desta pesquisa, envolvendo o existencialismo sartriano, a morte e os cuidados paliativos.

Os materiais selecionados para o estudo foram lidos e seus conteúdos organizados em categorias, visando à organização dos dados e à discussão dos resultados. As categorias estabelecidas foram: sujeito, projeto de ser e morte; adoecimento grave, morte e contextos de assistência em cuidados paliativos; a psicologia existencialista e o cuidado aos pacientes em final de vida. Nelas, agruparam-se conteúdos semelhantes e recorrentes na literatura consultada, de modo a indicar, conforme exposto a seguir, um conjunto articulado de proposições capaz de fornecer respostas ao problema de pesquisa levantado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da leitura e discussão dos materiais, apresenta-se a seguir a elaboração teórica que resultou da revisão narrativa implementada.

SUJEITO, PROJETO DE SER E MORTE

Segundo Sartre (1997), no sentido ontológico, a liberdade é definidora do ser da realidade humana, pois “[...] é precisamente o nada que é tendo sido no âmago do homem e obriga a realidade humana a fazer-se em vez de ser” (p. 545). Nessa direção, os sujeitos constituem-se a partir de suas escolhas e de ações que estão sempre relacionadas a um projeto, um desejo de ser. Suas escolhas cotidianas relacionam-se a uma escolha fundamental, que os levam a um projeto de ser fundamental, caracterizado pela totalização de ações em curso, que é o ser humano.

A liberdade, para Sartre (1978a), é consequência da condição de que o homem é um “ser-no-mundo”, ou seja, é dotado de um corpo e de uma consciência, através dos quais estabelece relações que caracterizam sua existência. É, assim, “em-si” e “para-si”, ou seja, é um corpo, definitivo e sustentado em si mesmo, com sua estrutura e seu funcionamento corporal, e é consciência, na condição de movimento para algo ou como processo de estabelecer “relação a”. A consciência, como liberdade, é também caracterizada por sua intencionalidade, ou seja, por sempre visar ao objeto, sendo que “[...] pela intencionalidade ela transcende-se a si mesma, ela unifica-se escapando-se” (Sartre,

1994, p. 47). Contudo, esse em-si-para-si, como vimos acima, não pode ser concebido separadamente, pois um é a condição de possibilidade do outro, haja vista que o sujeito é uma totalidade psicofísica.

Esforçando-se para colocar “[...] todo homem no domínio do que ele é e de lhe atribuir a total responsabilidade de sua existência [...]” (Sartre, 1978a, p. 12), o existencialismo compreende que o indivíduo, ao ser lançado no mundo, é também livre para fazer escolhas, sendo responsável por toda a sua ação. Sua liberdade, no entanto, é situacional, tendo em vista que as escolhas acontecem sempre em meio a uma condição para fazê-las. Além disso, é através de suas ações que os indivíduos se essencializam, ou seja, constroem seu “eu”, conforme descreve Sartre (1978a, p. 12): “[...] o homem primeiramente existe, se descobre, surge no mundo; e só depois se define. [...]. O homem não é mais do que o que ele faz”.

Ainda, para Sartre (1978a), a ação humana está sempre direcionada ao futuro, para aquilo que o indivíduo ainda não é, pois “[...] o homem, antes de mais nada, é o que se lança para um futuro, e o que é consciente de se projetar no futuro. O homem é, antes de mais nada, um projeto que se vive subjetivamente [...]” (p. 12). Segundo Schneider (2011), o projeto de ser se caracteriza por essa busca do sujeito em realizar plenamente o seu ser, já que está sempre indo em direção ao seu futuro. Não existe indivíduo sem projeto, visto que não ter projeto é ainda ter um projeto, pois em cada posicionamento, em cada comportamento do sujeito existe uma significação que o transcende; cada escolha concreta e empírica designa uma escolha fundamental, ou seja, a realização do projeto de ser.

Tendo em vista que o homem é apenas em sua existência e torna-se aquilo que fizer de si mesmo, a morte aparece não como uma possibilidade, mas como a “[...] nadificação de todas as minhas possibilidades, nadificação essa que já não mais faz parte de minhas possibilidades”. A morte é, assim, definida como “[...] uma nadificação sempre possível de meus possíveis e que está fora de meus possíveis” (Sartre, 1997, p. 658). Morrer será, então, coincidir consigo mesmo, visto que rompe com a possibilidade de modificar o seu ser na perspectiva do vir-a-ser, quando definitivamente eu sou o que fui, sem possibilidade de modificação. Com isso, é o momento do fim da dialetização, no qual triunfa o ponto de vista do outro sobre o ponto de vista que sou sobre mim mesmo. “Morrer é ser condenado a não existir a não ser pelo outro.” (Sartre, 1997, p. 666).

Na dimensão ontológica do ser humano, a morte é, portanto, um absurdo, por ser a negação da existência e de todos os projetos. “Antes de tudo, devemos sublinhar o caráter absurdo da morte” (Sartre, 1997, p. 654). Em sua obra *O muro*, Sartre (1982) narra

como o personagem principal, ao imaginar que será executado na manhã seguinte, revê toda a sua vida, buscando sentidos ao refletir sobre sua existência. Conforme escreve Sartre (1982):

[...] no estado em que me achava, se viessem me avisar que eu poderia voltar tranquilamente para casa, que a minha vida estava salva, ficaria indiferente; algumas horas ou alguns anos de espera dá na mesma, quando se perdeu a ilusão de ser eterno (p. 24).

Ao descrever o processo de adoecimento e morte de sua mãe, Beauvoir (1984) retrata as mudanças que ocorreram no modo de sua mãe, e também dela mesma, se apropriarem do mundo, da materialidade, do tempo. Diz ela:

[...] perfumes, casacos de peles, lingerie, joias: luxuosa arrogância de um mundo onde não há lugar para a morte; esta, porém, se ocultava por trás dessas fachadas, no segredo acinzentado das clínicas, dos hospitais, dos quartos fechados. Eu já não conhecia outra verdade (p. 77).

Em seu sofrimento, descreve seus anseios ao deparar-se com a morte como um fato irrevogável, que modifica inevitavelmente seu modo de estabelecer relações: “[...] é inútil pretendermos integrar a morte na vida e conduzirmo-nos de maneira racional em face de uma coisa que não o é: que cada um se vire como possa na confusão de seus sentimentos” (Beauvoir, 1984, p. 98).

Seus relatos apontam que, não somente sua mãe, mas também ela mesma, a partir do diagnóstico de uma doença grave, viram-se lançadas frente à necessidade de reformulação de seu projeto de ser. As vivências que se desenrolaram a partir daí – a hospitalização, a degradação do corpo, a perda do controle sobre si mesma, a dor – modificaram seu passado, seu presente e seu futuro, trazendo outros contornos para aquilo que viviam até então. Relata Beauvoir (1984, p. 46) que as lembranças de sua mãe, “[...] seus desejos, suas preocupações, flutuavam fora do tempo, transformados em sonhos irrealis e pungentes por sua voz pueril e pela iminência de sua morte”.

Assim, as alterações no contexto ontológico, sociológico e antropológico impostas pela doença provocam alterações em suas perspectivas psicológicas e existenciais. Isso ocorre porque o sujeito se objetiva e se apropria dos arranjos sociológicos

com os quais convive, subjetivando-se neles e por eles, sendo justamente nessas condições que se constitui a experiência de ser quem é, que o orienta em seu movimento no mundo e que resulta em determinada dinâmica-de-ser ou dinâmica psicológica (Schneider, 2006).

Na medida em que a morte é a “[...] nadificação de todas as minhas possibilidades [...]” (Sartre, 1997), o que pode significar para o sujeito defrontar-se com o seu adoecimento grave e com os indicativos de uma morte que se anuncia? Como é para o sujeito que, queira ou não queira, se move em direção ao seu futuro, confrontar-se com a possibilidade da ruptura desse *vir-a-ser*?

Conforme descreve Beauvoir (1984, pp. 61-62), acompanhar sua mãe doente fez compreender “[...] por minha própria conta, até à medula de meus ossos, que nos derradeiros momentos de um moribundo pode encerrar-se o absoluto”. Considerando a dureza desse evento, que se impôs à sua mãe, bem como aos seus familiares, apesar de seus esforços para afastá-lo, adiá-lo e mesmo impedi-lo, inutilmente, destaca: “[...] trabalho duro o de morrer, quando se ama tanto a vida” (p. 79). “Mamãe amava a vida como eu a amo e sentia diante da morte a mesma revolta que eu.” (Beauvoir, 1984, p. 91).

Pra Beauvoir (1984), essa experiência foi cercada de silêncio e solidão. A atmosfera e o contexto de cuidados que se estabeleceram fizeram com que tivesse uma experiência dolorosa, de certo desespero e sentimento de impotência, bem como de dúvidas. “Isso era tão esperado e tão inconcebível, esse cadáver deitado sobre a cama no lugar de mamãe. Sua mão, sua frente, estavam frios. Ainda era ela e sempre a sua ausência.” (Beauvoir, 1984, p. 86). Em sua narrativa, observa-se uma constante tentativa de construção de sentido na experiência vivenciada junto com sua mãe no processo de adoecimento e morte.

De acordo com Combinato e Queiroz (2006), para o ser humano, o ato de morrer, além de um fenômeno biológico, contém uma dimensão simbólica. Como tal, a morte apresenta-se carregada de valores e significados dependentes do contexto sociocultural e histórico em que se manifesta. As religiões e a filosofia há muito questionam e tentam explicar a origem e o destino do ser humano. Por tradição cultural, familiar ou por investigação pessoal, cada um constrói sua própria representação da morte (Kovács, 2010).

Assim, desde sua origem, a humanidade depara-se com o fenômeno da morte. Há registros de rituais e homenagens aos mortos desde a pré-história, relacionados principalmente à crença de que a morte seria uma transição da terra dos vivos para o mundo dos mortos (Santos, 2007). Na Idade Média, no Ocidente, tempo da “morte domada”, os doentes, ao pressentirem sua morte, realizavam seus rituais de despedida em casa,

praticavam o lamento pela vida, o pedido de perdão. Em cerimônias com familiares e conhecidos, inclusive as crianças, aguardava-se a morte, de forma simples e sem caráter dramático. Nessa que era considerada a “boa morte”, os enterros se davam fora das cidades e a crença geral era de que os mortos dormiam aguardando o Juízo Final (Ariès, 2012).

Porém, nos séculos XIX e XX, em decorrência da crescente evolução da medicina e de mudanças de vida nas sociedades ocidentais modernas, a morte passou a ser considerada inconveniente, fracasso da ciência e da tecnologia, devendo, pois, ser ocultada. Nesse cenário, a melancolia trazida pela presença da morte faz com que a sociedade a veja como um mal. A morte torna-se, então, um assunto a ser evitado, sendo condenadas as expressões da dor, atribuindo-lhe qualidade de fraqueza. Os rituais adotados acabam por negá-la e afastá-la, bem como por suprimir os processos de luto (Ariès, 2012).

Portanto, de um tempo em que a morte e os rituais funerários ocorriam em casa, com a participação das comunidades, e os enterros realizados em locais centrais nas cidades, passou-se a um momento em que a morte acontece nos hospitais, longe da família, em que os rituais são cada vez mais curtos, e os enterros – quando ocorrem – são realizados em lugares cada vez mais distantes aos olhos (Ariès, 2012). Isso faz com que os sujeitos, quando na espontaneidade do cotidiano, vivam a experiência da morte como algo distante, estranho a si mesmos. Nesse processo, também o desenvolvimento técnico-científico, que possibilita a cura de pacientes antes considerados irrecuperáveis, contribui grandemente para o distanciamento da morte, que passou a ser vivida como algo “extraordinário”.

Diante, então, do fato de que a morte se impõe – como realidade, como algo que não poderá ser modificado –, calar-se, esquivar-se, fingir que ela não está já ocorrendo parece ser uma saída, embora trôpega, diante da dificuldade em observá-la, encará-la, vivenciá-la. Ninguém quer viver a morte, ninguém deseja passar por ela – mesmo que este seja um evento intransponível para os vivos.

Por vezes, deparar-se com a anunciação da morte iminente pode remeter o sujeito para a retomada de sua própria história, para os acontecimentos vividos, para os laços com seus entes queridos, como uma forma de dar sentido a esse fim que se aproxima e dar valor à vida vivida. Estando frente à morte como uma realidade próxima, um fato, o sujeito constata sua finitude, ou seja, depara-se com a possibilidade concreta de não-ser-mais-aí no mundo, buscando dar um sentido ao fato de sua existência ser limitada. Pode ser

um momento do resgate dessa história, sendo gratificante olhar a sua trajetória e reconhecer-se nela, valorizar suas conquistas e os outros que compartilharam esse caminho. Assim, há muitos que dizem sentir-se satisfeitos com o caminho construído, com a história trilhada, com o projeto de ser tendo sido viabilizado. Porém, ainda que vejam a morte que se aproxima como algo que faz parte da vida, é possível que, ao mesmo tempo, sintam que deixar de viver pode ser difícil e amedrontador por perder o sabor da vida, por ter de deixar para trás e cortar a ligação com os entes queridos, com a possibilidade de continuar sendo, de continuar concretizando sua ação no mundo e passar a viver somente pela lembrança dos que ficam.

Para outros, a retomada de sua história pode ser um fardo, em função do peso dos acontecimentos vividos e da condição da apropriação deles. Deixar de viver passa também a ser difícil por questionar-se sobre o sentido da vida e sobre o que vai levar ou deixar dessa experiência. Ou, ainda, pela constatação de que se viveu uma vida sendo para-o-outro, uma vida inautêntica, sem que tivesse, efetivamente, tomado seu projeto de ser em suas mãos (Sartre, 1997). Há, portanto, aqueles que acreditam que muito haveria por ser feito ainda, para quem a morte parece sempre, a qualquer tempo, ocorrer prematuramente. É, justamente, a dor pela ruptura do projeto de ser, quando este não foi tomado com afinco, mas vivido em uma espontaneidade que sempre adia sua realização.

Importante lembrar que esse processo de reformulação do projeto de ser dependerá não somente da história construída pelos sujeitos ao longo de sua existência e de sua dinâmica psicológica, mas também das mediações às quais estiver exposto no momento de seu adoecimento e do processo de morte. Nesse sentido, adoecer gravemente e, em algum momento da trajetória do adoecimento, saber de sua impossibilidade de cura geram impactos particulares no projeto de ser dos sujeitos e de seus familiares.

Além disso, também as equipes de saúde serão importantes agentes nesse processo de reformulação das vivências de quem adocece. Dessa forma, também devem estabelecer a reflexão acerca de como compreendem a morte, para oferecer tanto dignidade nas práticas de cuidado, como mediação para viabilizar os projetos de ser dos sujeitos que adoecem e seus familiares, garantindo que sejam ouvidos em seus desejos e compreendidos em seus anseios. Não se pode garantir que haverá êxito em todas essas ações; porém, é importante avaliar que haverá esforço e atuação conjunta nesse mesmo sentido, como projeto comum, compartilhado por pacientes, familiares e profissionais.

ADOCIMENTO GRAVE, MORTE E CONTEXTOS DE ASSISTÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Cuidados paliativos são cuidados ativos e integrais que visam melhorar a qualidade de vida dos pacientes que estão em um processo de adoecimento grave e de seus familiares. Entre seus objetivos está o de favorecer o acesso à informação e o suporte por meio da prevenção e identificação precoce e tratamento da dor e de outros sintomas de ordem biopsicossocial e espiritual, de modo a aliviar o sofrimento (Maciel et al., 2006).

A prestação de ações paliativas em sentido genérico está implícita na abordagem ao paciente, sendo uma parte importante do trabalho da maioria dos profissionais de saúde, independentemente de sua formação particular. No entanto, a prestação diferenciada de cuidados paliativos a pessoas em fase avançada de doença incurável merece destaque e priorização nas políticas nacionais de saúde (Maciel et al., 2006).

No Brasil, a oferta desse tipo de atendimento é uma iniciativa humanizadora que se enquadra na Política Nacional de Humanização da Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde (Brasil, 2001). Assim, o Ministério da Saúde tem expressado sua preocupação com a necessidade crescente de cuidados paliativos e de controle da dor, tendo, em 2002, instituído a Portaria GM/MS nº 19, de 3 de janeiro de 2002, que estabelece o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos (Brasil, 2002).

Isso se deve, principalmente, porque, no Brasil, o envelhecimento progressivo da população tem se somado ao aumento da incidência de câncer e de outras doenças crônicas, que tornam os doentes que carecem de cuidados paliativos uma questão de impacto social e de importância crescente em termos de saúde pública. À medida que uma doença crônica progride, com frequência maior é a necessidade de cuidados paliativos. De acordo com dados da OMS (WHO, 2014), a proporção de indivíduos com câncer que requerem cuidados paliativos nos países em desenvolvimento, por exemplo, é de 80%. Como o sofrimento de um indivíduo pode se apresentar sob diversas dimensões (físico, psicológico, espiritual, social, econômico), assim também devem ser as dimensões do cuidado, especialmente em seu final de vida (Silva & Hortale, 2006).

Diante desse cenário, visando criar diretrizes para o atendimento a pacientes graves e em final de vida, foram definidos como princípios dos cuidados paliativos: promover o alívio da dor e de outros sintomas estressantes; reafirmar a vida e ver a morte como um processo natural; não antecipar e nem postergar a morte; integrar aspectos psicossociais e

espirituais ao cuidado; oferecer um sistema de suporte que auxilie o paciente a viver tão ativamente quanto possível, até a sua morte; oferecer um sistema de suporte que auxilie a família e os entes queridos durante todo o processo da doença; serem iniciados o mais precocemente possível, junto a outras medidas de prolongamento de vida e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas (WHO, 2014).

Dessa forma, os cuidados paliativos buscam proteger a pessoa desde o diagnóstico da doença, intensificando a assistência em seu último período de vida, resguardando-a de sofrimentos evitáveis. Para tanto, será necessário às equipes de saúde compreender que a estrutura social em que o indivíduo está inserido fornece o horizonte no qual encontrará os parâmetros para construir sua singularidade. Todas as mediações a que o indivíduo está sujeito, na medida em que se desenvolve, vão sendo apropriadas de forma reflexiva, constituindo, assim, a inteligibilidade que terá de si mesmo (Sartre, 1978b; Schneider, 2011).

Nesse processo, cabe então às equipes de cuidados paliativos oferecer o suporte para as tomadas de decisões, a expressão de sentimentos e dúvidas, a elaboração de lutos, a mediação de diálogos críticos, o enfrentamento do processo de morrer, o auxílio para encerramento de pendências e o estímulo à consideração de crenças, valores e desejos do paciente e de sua família para as tomadas de decisão em condutas clínicas (Franco, 2008). Com frequência, os sujeitos envolvidos pelo adoecimento e pela proximidade da morte encontram dificuldade de enxergar possibilidades de escolhas, visualizar que ainda há vida a ser vivida, futuros a serem viabilizados, experiências a serem compartilhadas. Assim, a equipe poderá oferecer mediação a pacientes e familiares, possibilitando reflexões acerca de suas histórias de vida e de seus desejos, auxiliando-os a realizar escolhas que viabilizem seus projetos de ser, compreendendo que há ainda um futuro a ser construído, mesmo sendo ele composto por meses, dias ou mesmo horas.

Além disso, deve-se lembrar que ninguém se faz projeto sozinho, visto que, conforme definiu Sartre (1978b), somos seres sociais por excelência. Destaca Schneider (2011, p. 153) que “[...] a realidade humana é costurada, portanto, por laços de reciprocidade, onde cada um é o meio do outro realizar o seu projeto, cada um depende do outro para ser quem quer ser”. Isso significa que cada sujeito é coautor do projeto de ser do outro e, portanto, quando o projeto de ser de um deles é interrompido pela morte, também o projeto de outros sujeitos – de familiares, amigos, colegas – é afetado, alterado por essa mesma morte.

Nesse sentido, qualquer intervenção que venha a ser realizada com pessoas doentes, para quem a morte se anuncia, deve incluir pessoas de sua relação e a quem sua existência e futura inexistência física trarão impactos significativos em termos de projetos de ser, ou seja, de futuro. Essa medida se faz necessária não somente por uma questão ética, mas porque sempre que é proporcionado a pacientes e familiares participarem ativamente dos processos de decisão sobre si mesmos e/ou sobre seus entes queridos, dando-lhes a chance de uma comunicação aberta e honesta, diminuem-se as chances de complicações psicológicas aos envolvidos, aqui compreendidas como inviabilização do projeto e do desejo de ser dos sujeitos como seres no mundo (Schneider, 2011). Nesse contexto, o estímulo à expressão de sentimentos e desejos tem o intuito de possibilitar a realização de metas no tempo de vida ainda restante (Menezes, 2011), ou seja, para a viabilização de aspectos do projeto de ser ainda possível.

Compreender, portanto, de que modo o adoecimento e a morte são vividos pelos sujeitos, como “eternos vir-a-ser”, torna-se fundamental à psicologia e às demais áreas da saúde. Ademais, a psicologia, a partir da discussão que realiza sobre o sujeito que adoece e morre, pode amparar outras profissões em sua atuação em serviços de saúde, visto que acompanhar sujeitos em seu processo de morrer torna-se um evento desafiador para todos que o vivenciam.

A PSICOLOGIA EXISTENCIALISTA E O CUIDADO AOS PACIENTES EM FINAL DE VIDA

Tendo em vista que a morte é a “nadição de todas as minhas possibilidades” (Sartre, 1997, p. 658), o que pode significar para o sujeito defrontar-se com o seu adoecimento grave e com os indicativos de uma morte que se anuncia? Como é para o sujeito com câncer mover-se em direção ao seu futuro, ao confrontar-se com a possibilidade da ruptura de seu *vir-a-ser*?

Para pacientes em final de vida, pode haver experiências de medos relacionados à degeneração e mutilação do corpo, sensação de dor, dependência de cuidados, limitações de mobilidade e de ações, morte propriamente. Além disso, podem ser vivenciados sentimentos de impotência, solidão, receio de se tornar uma sobrecarga para os familiares; raiva por ter de partir, raiva de quem está saudável e vai permanecer; tristeza pela interrupção de planos e por ter de deixar seus entes queridos; sensação de não ter aproveitado a vida do modo como gostaria; e preocupações relacionadas à família após sua morte.

Nesse sentido, conforme a vida foi vivida, conforme se deu a trajetória psicossocial, o paciente terá condição de lidar de forma distinta com o seu diagnóstico de doença grave e morte eminente. Dessa forma, a questão de como o sujeito significa sua trajetória e se relaciona com seu projeto de ser é crucial para a adesão, do próprio paciente e de seus familiares, aos princípios dos cuidados paliativos e para a qualidade da vida que ainda lhe resta. Nessa perspectiva, estabelece-se um importante campo de atenção psicossocial com foco no sujeito, não em sua doença, numa perspectiva de intervenção em clínica ampliada, em que se prioriza uma compreensão ampliada dos processos de saúde-doença e propõe-se uma definição compartilhada de terapêuticas (Brasil, 2009).

Dessa maneira, aparece para o psicólogo que atua em cuidados paliativos necessidade de apoio para que os pacientes possam rever a sua trajetória de vida, resolver conflitos, cuidar da situação de sua família, reatar laços, realizar despedidas, encerrar pendências (emocionais, financeiras, entre outras). Para tanto, saber a verdade sobre a doença e o prognóstico é crucial, para que se possa tomar decisões, tendo garantida sua autonomia e a expressão de sentimentos e desejos para realização de metas ainda possíveis. Sendo assim, ter suporte para a tomada de decisões que envolvem o final da vida é uma importante ação de apoio psicossocial.

Para muitos pacientes que têm na religião e na espiritualidade uma das formas de compreender a realidade, com base em suas crenças, é importante mediar a realização de atos e rituais religiosos. Estes podem trazer para a pessoa e seus familiares conforto e paz, além de auxiliar na elaboração de sua própria vida e morte.

Para os familiares, é importante auxiliá-los a ter toda informação necessária, assegurar que estão fazendo todo o possível, dar suporte quando se sentirem cansados e com sentimentos paradoxais (como desejo de que a morte ocorra para que o sofrimento cesse, mas também de que o paciente continue vivendo, para que continue presente na vida da família e, assim, a perda seja evitada), orientá-los a cuidar de outras relações e projetos, auxiliar na comunicação com seu familiar doente, auxiliar na construção de sentido para o adoecimento, a vida e a morte, além de oferecer suporte após a morte, auxiliando na elaboração de lutos e na reorganização de seus projetos de ser, agora sem o outro presente como corporeidade.

Nesse processo, entre os desafios está o de enfrentar possíveis estresses institucionais dos diversos contextos dos serviços e das equipes de saúde e dos procedimentos e tratamentos realizados. Também é desafiador para os pacientes e suas famílias administrar situações relacionadas a mudanças de rotinas, perdas físicas, sociais e

emocionais; lidar com o cuidado e/ou tornar-se cuidador; preparar-se para a morte que se anuncia; despedir-se; preservar relações com família e amigos; e encontrar significado em vida e morte (Franco, 2008). Assim, no horizonte de possibilidades de atuação do psicólogo está o fato de que a morte não se constitui como obstáculo à liberdade, mas dá a ela novos contornos. Será preciso fazer escolhas diante de um campo de possibilidades em que se fazem presentes elementos que o sujeito, até então, desconhecia.

Por outro lado, conhecer o projeto de ser de cada sujeito, construído e vivido até então, torna possível compreender como cada um vive e elabora a perspectiva de que sua vida terá um fim a partir do adoecimento grave. Embora, “teoricamente”, todos saibam que vão morrer, estar frente à facticidade e à proximidade da morte faz com que as pessoas lancem mão do que viveram até então como ferramentas para lidar com o fim de sua existência. Entender o modo como o projeto de ser de cada sujeito vinha sendo organizado auxilia a compreensão de como cada um experiencia esse momento.

Ainda, cada existente está em relação com outros que contribuem para a constituição de seu projeto; havendo possibilidade de morte de alguém, as pessoas de sua rede também terão seu projeto de ser alterado. Assim, para os familiares, saber da proximidade da morte, realizar despedidas, tomar providências práticas/burocráticas (quanto ao sepultamento, rituais, questões legais), conhecer o desejo dos doentes e consequentemente respeitá-lo, bem como realizar a tomada de decisão compartilhada entre paciente, família e equipe podem servir de fatores facilitadores do processo de enfrentamento da perda (Langaro, Hoepfner, Hatori, Neri, Liell, Santos, 2015). Sendo assim, para o planejamento de sua intervenção, é importante que o psicólogo avalie: o estado emocional dos familiares; a relação que estabelecem com o adoecimento, o diagnóstico e o prognóstico; a dinâmica familiar, incluindo estratégias de enfrentamento, conflitos, relacionamento interpessoal; e as crenças e os valores relacionados à morte e ao morrer (Nunes, 2012).

Cabe, então, ao psicólogo atuar como ponto de ligação entre a família e a equipe na busca de respostas para enfrentar a fase final de vida, avaliando essas necessidades específicas de intervenção e buscando garantir que os familiares se sintam apoiados e atendidos em suas necessidades. Ainda, é importante que esse profissional contribua de maneira a fortalecer a família, para que faça uma boa comunicação com a equipe, desenvolva seu senso de controle diante do que sabe e também do que não sabe, possa entender o processo da morte e identificar sintomas que requerem atenção, para ser um agente eficiente na busca dessa solução junto à equipe (Franco, 2008).

Agindo desse modo, aliviam-se tensões, são oferecidas oportunidades de despedidas, podem-se desvelar segredos, desfrutar desejos. Não é preciso pedir silêncio a quem chega, não é necessário chorar escondido, fingir alegria, falar de amenidades, dissimular que a vida segue igual. É possível enlutar-se pelas perdas que ocorrem já nesta caminhada, avaliando que novos contornos a doença e a morte lançam ao projeto de ser de cada sujeito envolvido na relação com o doente. Nesse sentido, dá-se início à elaboração de um luto antecipatório, ou seja, do luto que ocorre antes da perda, que auxilia no enfrentamento do período de cuidados ao doente e que pode contribuir no processo de elaboração do luto após a morte (Kovács, 2007). Principalmente, a todos é dada a chance de pensar no que se há de fazer a partir desta facticidade que é a doença e que é a morte. A todos poderá ficar clara a responsabilidade na (re)construção de seus projetos. Será então possível pensar, falar, viver, sentir, saber o sabor dessas experiências. Dessa forma, aos que ficam, será, talvez, menor o peso de seguir em frente com a ausência após a morte se, ao longo do adoecimento, já puder, de algum modo, ser posto no horizonte de possibilidades o ser/estar no mundo sem o outro, em sua corporeidade, ainda que com o valor sociológico do outro presente em seu horizonte.

Ainda sobre as possibilidades de atuação dos psicólogos, tem-se que, muitas vezes, pessoas gravemente doentes e suas famílias não estão plenamente cientes de várias opções de cuidados de fim de vida ou não plenamente informadas sobre os prováveis benefícios e ônus dessas várias opções. Psicólogos podem trabalhar com outras profissões de saúde na defesa para o desenvolvimento de políticas para assegurar que as pessoas saibam quais os tipos de intervenções e serviços estão disponíveis para eles, bem como auxiliá-los na tomada de decisões sobre as possibilidades terapêuticas a serem acessadas (APA, 2005).

Dessa forma, paciente e família podem entender os processos da doença e, assim, auxiliarem-se mutuamente, respeitando a autonomia e as decisões do enfermo diante do tratamento. É importante, portanto, ressaltar o olhar para o sujeito que, mesmo com suas limitações devido à enfermidade, estará em condições de melhorar sua qualidade de vida. O suporte psicológico oferecido para este fim proporciona um diferencial, à medida que o paciente vai conhecendo os sinais indicativos da doença que surgem ao longo dessa fase. Conforme Porto e Lustosa (2010, p. 90), o papel do psicólogo em cuidados paliativos é “[...] dar um novo direcionamento aos critérios concernentes à qualidade, ao valor e ao significado da vida. É dar condições ao doente de lidar com essa situação e redescobrir o sentido da vida no momento vivenciado por ele”.

A partir dessas intervenções, o psicólogo poderá auxiliar o paciente, ainda, na elaboração de suas diretrizes antecipadas de vontade (DAV), ou seja, na expressão e no registro de seus desejos quanto aos tratamentos aos quais quer ou não se submeter no momento final de vida. As DAV, ou testamento vital, foram aprovadas em 2012 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), reconhecendo o direito do paciente de manifestar sua vontade sobre tratamentos médicos e designar representante para tal fim, bem como o dever do médico de cumprir a vontade do paciente (Dadalto, Tupinambás & Greco, 2013).

Agindo dessa forma, na relação entre paciente, familiares e equipe, o psicólogo poderá contribuir para a mediação das relações e da comunicação, especialmente quanto ao quadro clínico e à tomada de decisões, visto que o paciente tem o direito de saber a respeito de sua doença e de decidir sobre o tratamento e os procedimentos a serem realizados. Segundo Matsumoto (2012), com base no princípio bioético da autonomia, é importante que o paciente tome suas próprias decisões; porém, mais importante que isso, é necessário que as equipes busquem oferecer a ele condições para fazer suas escolhas. Já considerando o princípio da beneficência e da não maleficência, os cuidados paliativos desenvolvem o cuidado ao paciente e a seus familiares, visando a qualidade de vida e a manutenção da dignidade no decorrer da doença, na terminalidade, na morte e no período de luto.

O psicólogo pode também auxiliar os familiares e o paciente a falar sobre a doença, fazendo com que se dissolva o silêncio que comumente existe. Sempre que o paciente solicita informações, porém, estas lhe são negadas, seja pela família, seja pelas equipes, e isso se configura como um fenômeno denominado “conspiração do silêncio”, definida como um acordo explícito ou implícito de ocultar a informação por parte dos familiares, amigos ou profissionais da equipe de saúde com a finalidade de ocultar o diagnóstico, o prognóstico ou a gravidade da situação (Hermes & Lamarca, 2013; Leal, 2003), que poderá gerar intensa ansiedade a todos os envolvidos nos cuidados e, principalmente, ao paciente.

Para Sousa e Carpigiani (2010), a comunicação franca entre paciente, familiares e profissionais é uma marca dos cuidados paliativos. Na concepção de Palmeira, Scorsolini-Comin e Peres (2011),

[...] é fundamental levar em consideração que os pacientes têm o direito de receber todas as informações sobre a situação em que se encontram. Caso

contrário, não podem participar de um plano terapêutico conjunto com a equipe multidisciplinar e reorganizar suas vidas (p. 181).

Assim, saber a verdade sobre sua condição torna possível realizar escolhas baseadas na realidade vivenciada. A exceção a essa regra somente se aplica se o paciente não se encontra apto a discutir sobre seu tratamento ou se não deseja fazê-lo (Palmeira, Scorsolini-Comin & Peres, 2011). Dessa forma, o psicólogo pode cooperar para que os doentes e familiares dialoguem sobre a doença, ajudando o paciente a elaborar e passar por esse processo, enfrentando a doença a partir da possibilidade de fazer escolhas (Hermes & Lamarca, 2013).

Finalmente, o atendimento do psicólogo à família não deve se encerrar com a morte do paciente. Conforme as possibilidades do contexto em que atua, é importante que o profissional cuide dos familiares durante o processo de luto, promovendo ações de atenção nesse período. Diz-nos Beauvoir (1984) que quando alguém que nos é querido morre, vivemos com sofrimento o fato de a ele sobreviver. Sua morte desvenda-nos sua singularidade; seu valor torna-se forte para nós, pesa como o mundo que sua ausência aniquilou e que sua presença fazia ter sentido integralmente; há, por vezes, a certeza de que esse ente querido poderia ter ocupado um lugar maior em nossa vida.

Segundo Freitas (2013; 2018), do ponto de vista da psicologia existencial, o luto pode ser compreendido como a ausência do tu na relação eu-tu. Assim, o enlutado perde mais do que um “outro”, perde também possibilidades próprias de existir no mundo. A morte do outro promove uma experiência de ruptura vivida do ser-com, do partilhar uma espacialidade e temporalidade. Nesse sentido, não é apenas o outro que desaparece com sua história: é uma vida comum que se interrompe; o outro morre em sua corporeidade, o enlutado em suas possibilidades de ser com ele, e ambos como temporalidade compartilhada.

Assim, “[...] perder um ‘tu’ com quem nos relacionamos é, portanto, uma forma de perder um espaço expressivo de si mesmo” (Freitas, 2013, p. 103). Sendo o outro co-presença, sua desaparecimento da condição mortal produz uma modificação no campo existencial do enlutado, em seu mundo vivido, exigindo novas formas de ser-no-mundo. É esse o campo no qual se experiencia o luto: um campo de exigência de novos sentidos, de novas formas de ser-no-mundo, de ressignificação da relação vivida com o ente perdido (Freitas, 2013; 2018).

Uma clínica existencial do luto se constitui, portanto, pela abertura de possibilidades para novas formas de “ser-com”, dada pela irremediável ausência do outro. Nela, a tarefa então seria a de ressignificação da relação eu-tu e não uma superação do luto (Freitas, 2013; 2018), visto que “[...] o morto pode estar mais ativamente próximo de nós, sendo uma parte mais completa do que mesmo os vivos” (Olivieri, 1985, p. 13).

Sendo assim, para os que ficam, a morte de alguém que lhe foi significativo afeta o seu ser e seu projeto, relacionado ao valor da mediação conferido ao falecido. O importante é compreender que, ainda que a presença física não seja mais possível, a efetividade da presença sociológica se mantém. Ou seja, carregamos conosco a importância e a mediação do outro, ainda que ausente. Por isso, as pessoas falam em “deixar sua marca”, na justa medida em que, uma vez não mais presentes, suas vidas continuam através do sentido de ser que conseguiram produzir nos outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sujeitos, quando na espontaneidade do cotidiano, vivem a experiência da morte como algo distante, estranho a si mesmos. Porém, se em parte isso é fruto das condições sociais, históricas e culturais do tempo atual, é também devido ao caráter constitutivo do ser humano. Assim, trabalhando no contexto de atendimento a pacientes em final de vida, psicólogos se deparam não somente com pacientes e familiares que podem enfrentar dificuldades em encarar a morte de perto, mas também com profissionais de saúde que, compartilhando de um mesmo contexto sociológico, estão com frequência preparados para tratar e curar a doença, mas não para oferecer cuidado e apoio no processo de morte.

Pode-se pensar que talvez seja a falta de reciprocidade (como a capacidade de reconhecer o outro como liberdade e como alguém que também me constitui) entre aqueles que vivenciam o processo de adoecimento e morte que, por vezes, torna esta experiência tão dolorosa e amedrontadora. E isso se aplica a todos os que vivenciam esse processo. Nesse contexto, como parte das equipes de saúde, psicólogos, com base no existencialismo sartriano, poderão oferecer a escuta de um sofrimento extremamente difícil de ser significado – por falta até mesmo de recursos simbólicos compartilhados social, cultural e historicamente –, mas justamente terão como intuito auxiliar os sujeitos a (res)significar a condição que vivem a partir do adoecimento e frente à morte.

Assim, é importante compreender que, ainda que haja muitos modos de vivê-la, a morte se impõe como aquilo que faz o sujeito voltar-se para sua história e rever aquilo que fez de sua vida, justamente porque ela representa a condição objetiva de ruptura do projeto de ser, retirando da vida, em termos ontológicos, seu significado. Em termos psicológicos, contudo, é a vida que deve ser cuidada. É nela e por meio dela que se podem ampliar horizontes de possibilidades e escolhas, de viabilizações de projetos, de desejos e relações, até que a morte venha efetivamente retirar dela todas as possibilidades. Ao considerar que somos sempre em relação, portanto, é possível pensar que o caminho até a morte pode ser compartilhado, visto que não é somente a morte que importa, mas o processo de morrer.

Por fim, cabe ainda a reflexão de que a morte do outro também sinaliza a minha morte, fato este que não pode ser negligenciado. Nesse sentido, haverá a possibilidade de psicólogos da área de psicologia da saúde e hospitalar oferecerem mediação às equipes das quais fazem parte para que realizem a reflexão acerca de um projeto comum, como grupo de trabalho: assumir a responsabilidade de se trabalhar como grupo, revendo seus posicionamentos. Assim, as equipes terão a condição de compreender que morrer não é sinônimo de morte e que proporcionar dignidade nessa etapa final do viver é uma de nossas responsabilidades.

REFERÊNCIAS

- American Psychological Association (APA). (2005). *The role of psychology in end-of-life decisions and quality of care*. Recuperado em 31 de janeiro de 2019, de <https://www.apa.org/research/action/end.aspx>.
- Ariès, P. (2012). *História da morte no ocidente* (P. V. Siqueira, Trad.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Texto original publicado em 1977).
- Beauvoir, S. (1984). *Uma morte muito suave*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Texto original publicado em 1964).
- Brasil. (2001). *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2002). *Portaria GM/MS nº 19, de 3 de janeiro de 2002*. Estabelece o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos.
- Brasil. (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Carvalho, I. C. M. (2003). Biografia, identidade e narrativa: elementos para uma análise hermenêutica. *Horizontes Antropológicos*, 9(19), 283-302.
- Combinato, D. S., & Queiroz, M. de S. (2006). Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 11(2), 209-216.
- Conceição, L. L., & Lopes, R. L. M. (2008). O cotidiano de mulheres mastectomizadas: do diagnóstico à quimioterapia. *Revista Enfermagem UERJ*, 16(1), 26-31.

- Dadalto, L., Tupinambás, U., & Greco, D. B. (2013). Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. *Revista Bioética*, 21(3), 463-476.
- Elias, C. de S. R., Silva, L. A. da, Martins, M. T. de S. L., Ramos, N. A. P., Souza, M. das G. G. de, & Hipólito, R. L. (2012). Quando chega o fim?: uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. *SMAD: Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 8(1), 48-53.
- Franco, M. H. P. (2008). Psicologia. In *Cuidado Paliativo*. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: CREMESP (pp. 74-76).
- Freitas, J. de L. (2013). Luto e fenomenologia: uma proposta compreensiva. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, XIX, 97-105.
- Freitas, J. de L. (2018). Luto, pathos e clínica: uma leitura fenomenológica. *Psicologia USP*, 29(1), 50-57.
- Hermes, H. R., & Lamarca, I. C. A. (2013). Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2577-2588.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). (2016). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Câncer. Recuperado em 22 de maio de 2016, de <http://www2.inca.gov.br/>.
- Kovács, M. J. (2007). Perdas e o processo de luto. In D. Incontri, & F. S. Santos (Orgs.), *A arte de morrer: visões plurais*. Bragança Paulista: Comenius (pp. 217-238).
- Kovács, M. J. (2008). Aproximação da morte. In V. A. Carvalho et al. (Orgs.), *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus (pp. 388-397).
- Kovács, M. J. (2010). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo.
- Liberato, R. P., & Carvalho, V. A. de (2008). Terapias integradas à oncologia. In V. A. de Carvalho et al. (Orgs.), *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus (pp. 351-357).
- Langaro, F., Pretto, Z., & Cirelli, B. G. (2012). Câncer e o sujeito em psicoterapia: horizontes de trabalho na perspectiva existencialista de Jean-Paul Sartre. *Psicologia Clínica*, 24(2), 127-146.
- Leal, F. (2003). Transmissão de más notícias. *Rev Port Clin Geral*, 19:40-3.
- Maciel, M. G. S., Rodrigues, L. F., Naylor, C., Bettega, R., Barbosa, S. M., Burlá, C., Vale e Melo, I. T. (2006). *Crêterios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil*. Documento elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos, Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Matsumoto, D. Y. (2012). Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In R. T. de Carvalho, & H. A. Parsons (Orgs.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (2a ed. ampl. e atual.). Academia Nacional de Cuidados Paliativos (pp. 23-30).
- Menezes, R. A. (2011). Tomadas de decisão, poder médico e sentimentos no último período de vida. In F. S. Santos. *Cuidados Paliativos: Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas*. São Paulo: Atheneu (pp. 193-200).
- Nunes, L. V. (2012). Papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos. In R. T. de Carvalho, & H. A. Parsons (Orgs.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (2a ed. ampl. atual.). Academia Nacional de Cuidados Paliativos (pp. 337-340).
- Olivieri, D. P. (1985). *O Ser Doente*. São Paulo: Ed. Moraes.
- Palmeira, H. M., Scorsolini-Comin, F., & Peres, R. S. (2011 dez.). Cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa da literatura científica. *Aletheia (Canoas)*, (35-36), 179-189.
- Porto, G., & Lustosa, M. A. (2010). Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. *Revista da SBPH*, 13(1), 76-93.
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), v-vi.
- Santos, F. S. (2007). Perspectivas histórico-culturais da morte. In D. Incontri, & F. S. Santos, (Orgs.). *A arte de morrer: visões plurais*. Bragança Paulista: Comenius (pp. 13-25).

- Santos, F. S. (2011). *Cuidados Paliativos: Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas*. São Paulo: Atheneu.
- Sartre, J-P. (1976). *Situations, X*. Paris: Gallimard. (Texto original publicado em 1976).
- Sartre, J-P. (1978a) *O existencialismo é um humanismo* (Coleção Os Pensadores). São Paulo: Abril Cultural. (Texto original publicado em 1946).
- Sartre, J-P. (1978b). *Questão de método* (Coleção Os Pensadores). São Paulo: Abril Cultural. (Texto original publicado em 1957).
- Sartre, J-P. (1982). *O muro*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Texto original publicado em 1939).
- Sartre, J-P. (1994). *A Transcendência do Ego*. Lisboa: Colibri. (Texto original publicado em 1936).
- Sartre, J-P. (1997). *O Ser e o Nada* (14a. ed.). Petrópolis: Vozes. (Texto original publicado em 1943).
- Schneider, D. R. (2006). Novas perspectivas para a psicologia clínica a partir das contribuições de J. P. Sartre. *Interação em Psicologia (Curitiba)*, 10 (1), 101-112.
- Schneider, D. R. (2011). *Sartre e a Psicologia Clínica*. Florianópolis: Ed. da UFSC.
- Scorsolini-Comin, F., Santos, M. A. dos, & Souza, L. V. e. (2009). Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: negociações e desafios do câncer de mama. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14(1), 41-50.
- Silva, G. da, & Santos, M. A. dos (2008). “Será que não vai acabar nunca?": perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama [Versão eletrônica]. *Texto contexto: enferm.*, 17(3), 561-568.
- Silva, L. C. da. (2009). *O cuidado na vivência do doente de câncer: uma compreensão fenomenológica*. Maringá: Eduem.
- Stolaghi, V. P., Evangelista, M. R. B., & Camargo, O. P. de (2008). Implicações sociais enfrentadas pelas famílias que possuem pacientes com sarcoma ósseo. *Acta Ortopédica Brasileira*, 16(4), 242-246.
- Silva, R. C. F. da, & Hortale, V. A. (2006). Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(10), 2055-2066.
- Sousa, K. C., & Carpigiani, B. (2010). Ditos, não ditos e entreditos: a comunicação em cuidados paliativos. *Psicologia: teoria e prática*, 12(1), 97-108.
- Vosgerau, D. S. A. R., & Romanowski, J. P. (2014) Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Revista de Diálogo Educacional*, 14(41), 165-189.
- World Health Organization (WHO). (2014). *Worldwide Palliative Care Alliance*. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Genebra.

Nota sobre os autores**Fabíola langaro**

Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2011), Doutorado em Psicologia da Saúde pela Universidade Federal de Santa Catarina (2019). Docente do curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Daniela Ribeiro Schneide

Professora Titular no Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina e orientadora no Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Mestrado profissionalizante em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Doutora em Psicologia Clínica (PUC São Paulo), Pós-Doc em Ciência da Prevenção pela Universidade de Valencia - Espanha (2012) e na University of Miami (2019). Coordenadora do Grupo de Pesquisa do CNPQ "Clínica da Atenção Psicossocial e Uso de Álcool e Outras Drogas".

Recebido em: 27/02/2020

Aprovado em: 10/10/2020