

Cuidados paliativos: possíveis contribuições da Gestalt-terapia

Palliative Care: Possible Contributions from Gestalt-therapy

Cuidados paliativos: Posibles contribuciones de terapia Gestalt

Recebido: 30/04/2021 | Revisado: 07/07/2021 | Aceito:01/07/2021 | Publicado: 08/10/2021

Fernanda Gomes Lopes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1661-3816>

Instituto Escutha, Brasil

E-mail: fernanda.gomeslopes@hotmail.com

Maria Juliana Vieira Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1606-153X>

Hospital Infantil Albert Sabin, Brasil

E-mail: mjulianavlima@gmail.com

Anna Karynne Melo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4783-8356>

Universidade de Fortaleza

E-mail: karynnemelo@unifor.br

Resumo

Os cuidados paliativos buscam promover um cuidado integral dos pacientes e seus familiares, com foco na qualidade de vida e dignidade de morrer. O objetivo do artigo é discutir os cuidados paliativos a partir da Gestalt-terapia, que é uma abordagem fenomenológica-existencial. A relação Homem e mundo é pensada em sua inteireza, e todas as suas dimensões são valorizadas. A ideia de saúde, na Gestalt-terapia, volta-se para a mobilização do sujeito e uma tomada de consciência de si e das suas relações, o que possibilita aos profissionais terem uma concepção ampliada da relação Homem e saúde, com processos de cuidado guiados por uma relação dialógica. Compreendemos que o olhar gestáltico possibilita uma discussão crítica sobre saúde, cuidado e relação entre profissionais, pacientes e familiares, apontando elementos que contribuam para a construção de um outro modo de cuidar.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Gestalt-terapia; Saúde.

Abstract

Palliative care seeks to promote comprehensive care for patients and their families, with a focus on quality of life and dignity to die. The aim of the article is to discuss palliative care based on Gestalt therapy, which is a phenomenological-existential approach. The relationship between man and world is thought of in its entirety and, all its dimensions are valued. The idea of health in Gestalt-therapy focuses on the subject's mobilization and an awareness of himself and his relationships, which allows professionals to have an expanded conception of the relationship between man and health, with care processes guided by a dialogical relationship. We understand that the Gestalt view enables a critical discussion about health, care and the relationship between professionals, patients and family members, pointing out elements that contribute to the construction of another way of caring.

Keywords: Palliative care; Gestalt-Therapy; health.

Resumen

Los Cuidados Paliativos buscan promover la atención integral a los pacientes y sus familias, con un enfoque en la calidad de vida y la dignidad de morir. El objetivo del artículo es discutir los cuidados paliativos basados en la terapia Gestalt, que es un enfoque fenomenológico-existencial. La relación entre el hombre y el mundo se piensa en su totalidad y se valoran todas sus dimensiones. La idea de salud en la terapia Gestalt se centra en la movilización del sujeto y la conciencia de sí mismo y sus relaciones, lo que permite a los profesionales tener una concepción ampliada de la relación entre el hombre y la salud, con procesos de cuidado guiados por una relación dialógica. Entendemos que la mirada Gestalt posibilita una discusión crítica sobre la salud, el cuidado y la relación entre profesionales, pacientes y familiares, señalando elementos que contribuyen a la construcción de otra forma de cuidar.

Palabras-clave: Cuidados paliativos; terapia Gestalt; Salud.

1. Introdução

Os Cuidados Paliativos surgiram em resposta à intensa tecnologização na Saúde, emergente a partir do século XX. Desde essa época, a cura passou a ser objetivo principal dos profissionais da Saúde e a formação orientada a partir do modelo biomédico (Galriça Neto, 2010; Cano, 2014). Então, compreendendo a importância de outros elementos de cuidado, além do aspecto físico, e considerando a busca por uma qualidade de vida e dignidade do processo de morrer dos pacientes, Cicely Saunders, na década de 1960, impulsiona um movimento com compromisso com uma nova forma de cuidar (Saunders, 2004).

Os Cuidados Paliativos foram definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1990. Nesse primeiro momento, já foi destacado o diferencial desse processo de cuidados, quando referenciada a necessidade de foco na qualidade de vida de pacientes e familiares, a partir do controle da dor e outros sintomas, não somente físicos, mas também psicológicos, sociais e espirituais. Contudo, esse cuidado ainda era direcionado a pacientes cuja doença não respondia mais aos tratamentos curativos.

Em 2002, houve uma reformulação dessa definição, destacando esse processo de cuidados como uma abordagem focada em pacientes e familiares que enfrentam doenças que ameaçam a vida. Aqui, sublinha-se a necessidade de identificação precoce e não apenas de início de acompanhamento com o fim do tratamento curativo, entendendo-se, então, que começaria a partir do diagnóstico (OMS, 2002). A reformulação trazida em 2017, reforça que o público é adulto e infantil (OMS, 2017), desfazendo a necessidade de uma definição específica para infância (OMS, 1998).

Essa abordagem busca uma assistência individualizada, que não cabe em protocolos previamente estabelecidos, mas deve ser guiada por princípios, quais sejam:

Promover o alívio da dor e de outros sintomas; Afirmar a vida e a morte como processos naturais; Não acelerar nem adiar a morte; Integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais aos cuidados com o paciente; Oferecer um sistema de apoio e suporte que permita ao paciente viver o mais ativamente possível, até sua morte; Oferecer um sistema de suporte para ajudar a família a lidar com a doença e o luto; Usar uma abordagem multiprofissional para acessar necessidades dos pacientes e suas famílias, incluindo suporte ao luto; Melhorar a qualidade de vida e influenciar, de maneira positiva, no curso da doença; Iniciar, o mais breve possível, os cuidados paliativos, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, além de realizar todas as investigações necessárias para melhor compreensão e controle das situações clínicas estressantes (WHO, 2002, p. 84, tradução livre das autoras).

A partir desses princípios, entende-se que os profissionais devem trabalhar de maneira integrada, em equipe interdisciplinar, com foco no paciente e não na doença, buscando a prevenção e o cuidado com o sofrimento em sua totalidade. Carvalho (2018, p.3) ressalta aspectos essenciais desse processo, entendendo como o cuidado estabelecido por meio de uma relação que envolve boa comunicação, vínculo, responsabilização, respeito e empatia com o paciente e com a família e rede de apoio". Dessa maneira, o acompanhamento dos pacientes e familiares, nessa modalidade de cuidado, exige "além do conhecimento técnico refinado, a percepção do ser humano como agente de sua história e como determinante de seu próprio curso de adoecer e morrer" (Nicodemo & Torres, 2018, p.22).

A assistência pode ocorrer em todo o processo de cuidados, desde o diagnóstico até os momentos finais, viabilizando aos pacientes viver meses ou anos, com qualidade de vida, se forem assistidos desde o princípio da doença. Assim, o início nos cuidados paliativos não simboliza que nada mais pode ser feito, mas possibilita uma série de condutas a serem oferecidas ao paciente e seus familiares. Ademais, sua prática pode ocorrer em diversos cenários, como hospital – enfermaria, ambulatório, emergência e unidades de terapia intensiva –, domicílio e *hospice*; estando integrado aos diversos níveis de atenção à saúde e podendo articular-se de modo intersetorial com outros serviços, como a assistência social e a educação (Carvalho et al., 2018; Castilho, Silva, & Pinto, 2021).

No Brasil, os cuidados paliativos foram regulamentados como Política Nacional através da Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal resolução aponta que os cuidados paliativos devem ser ofertados

em qualquer ponto da rede e indica a necessidade especial de preparação dos profissionais de saúde da atenção básica como principal reguladora do cuidado e ponto de articulação das necessidades dos usuários (Brasil, 2018).

Em busca de apresentar outra possibilidade de compreensão dos cuidados paliativos, visamos a articulação e a construção de uma argumentação teórica crítica, utilizando a lente da Gestalt-terapia. A Gestalt-terapia é uma abordagem fenomenológica-existencial. Surgiu no século XX, propondo uma nova visão de Homem e de mundo, diferenciando-se das perspectivas da psicanálise e do behaviorismo, consideradas, na época, teorias psicológicas deterministas. Trouxe uma nova concepção, permitindo a construção de um olhar mais ampliado do Homem, mais atento à sua complexidade.

Assinalamos, conforme essa perspectiva teórica, o foco na totalidade do sujeito, em sua capacidade de autorrealização e de autodeterminação, que, a partir da sua interrelação com o ambiente, é capaz de desenvolver seu potencial para o crescimento (Mendonça, 2013). O sujeito encontra-se em uma relação de interdependência com o mundo, pois são partes de um sistema integrado e inseparável. Essa concepção holística se configura como uma tentativa de rompimento com a visão reducionista e uma superação do pensamento dicotômico, presentes nas ciências médicas e biológicas.

Dessa maneira, compreendemos que o olhar gestáltico possibilita uma discussão crítica sobre saúde, cuidado e relação entre profissionais, pacientes e familiares, apontando elementos que contribuam para a construção de um outro modo de cuidar. O objetivo do presente artigo é discutir os Cuidados Paliativos sob a ótica da Gestalt-terapia.

2. Saúde e doença através do olhar gestáltico

O desenvolvimento tecnocientífico trouxe, para a área da Saúde como um todo, a supremacia da cura na assistência aos pacientes. Assim, a atuação passou a ser orientada pelo modelo biomédico, com a prática centrada na doença e na aplicação de técnicas, através da valorização da especialização do saber e de um olhar positivista e fragmentado sobre o processo saúde-doença; priorizando, como já mencionado, as práticas curativas e intervencionistas em detrimento das ações de cuidado integral e humanizado (Cano, 2014).

A partir de então, muitos movimentos surgiram em busca de ampliar essa percepção de cuidados. E a ressignificação da lógica biomédica começou a ocorrer depois da redefinição de saúde, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde, em 1946; antes, a saúde era vista apenas como ausência de doenças, mas passou a ser considerada a partir da ideia de um completo bem-estar físico, mental, social, e, posteriormente, espiritual (PAHO, 2020). Percebemos então, aqui, que o olhar biopsicossocial promove uma ruptura da proposta de fragmentação e priorização física. Contudo, apesar dos avanços ocorridos, questiona-se a concepção de completude de bem-estar, como uma busca idealizada e utópica.

O olhar holístico da Gestalt-terapia possibilita ampliar a concepção de saúde e doença, ultrapassando o pensamento fragmentário, mecanicista, dicotômico e determinista-causal, “buscando entender os processos humanos, sociais e biológicos de modo não dissociado” (Lima, 2014, p.99). A partir da compreensão de totalidade e integração do organismo-mundo, entende-se que não podemos subdividir o ser humano em biopsicossocial, nem tão pouco reduzi-lo a apenas um desses aspectos. O sujeito se constrói de maneira indivisível e integrada, sem linhas de separação. Assim, busca-se superar o dualismo, com as dicotomias entre mente e corpo, saber e sentir, Homem e mundo, bem como saúde e doença.

À vista disso, esses dois últimos elementos são entendidos como modos de ser no mundo, que precisam ser compreendidos de maneira integrada à biografia desse sujeito. Como demonstrado por Freitas (2009, p.35) o corpo doente não é apenas um “organismo acometido por infecções ou patologias, mas é um corpo experienciado por um doente, dotado de uma função na relação desse sujeito com o mundo, mas que, apesar de estar doente, é também um corpo com história e com perspectivas.”

Da mesma maneira, a ideia de completude de bem-estar vai de encontro à concepção de atualização do sujeito no mundo, que ocorre sem rigidez no processo de ser e estar. Trata-se de um processo biográfico singular, sem prévias idealizações. O sujeito tem a capacidade de autorregulação, e, dessa forma, o processo de adoecimento também é visto como uma tentativa de restabelecimento do equilíbrio organismo-meio. Assim, os diagnósticos são formas de identificar e compreender o modo pelo

qual os sujeitos se relacionam com o ambiente e a maneira como significam sua própria experiência vivida (Tenório, 2003). Portanto, o cuidado com o paciente adoecido deve focar em sua totalidade experiencial, que permite perceber seu modo de funcionamento saudável no mundo.

Uma das premissas básicas da Gestalt-terapia considera que todo indivíduo possui potencialidades naturais que possibilitam buscar o equilíbrio do seu organismo. O ritmo de contato/fuga com o meio ambiente é considerado o componente principal do equilíbrio orgânico (Galli, 2009). Indivíduos saudáveis caracterizam-se pelo livre fluir e pelo livre delineamento, mais claro, da formação figura-fundo nas expressões de suas necessidades de contato e retraimento. Perls (1977) define a saúde e maturidade psicológica como sendo a capacidade de transitar entre o apoio e a regulação ambientais, para um autoapoio e uma autorregulação, na qual o processo fundamental é o equilíbrio. Em outras palavras, saúde significa discernir elementos nutritivos e tóxicos, conseguindo incorporá-los ou rejeitá-los de maneira fluida e sem cristalização.

Augras (1986/2002) afirma que a saúde/normalidade é como uma capacidade adaptativa frente a diversas situações da vida: “A saúde não é um estado, mas um processo, no qual o organismo vai se atualizando conjuntamente com o mundo, transformando-lhe e atribuindo-lhe significado à medida que ele próprio se transforma.... A saúde encontra-se nesse jogo de interações” (p. 11).

Compreendemos que, nessa concepção de saúde, o corpo ganha o caráter de unidade, prevalecendo a integração e complementariedade corpo-mente. Ribeiro (2012, p. 173) afirma que “o corpo é o aqui e agora, é o fenômeno que se revela”. O autor defende que haja uma visão total da unidade corpo-mente e se ultrapasse a concepção dualista, ainda tão presente na área da Saúde, rompendo com a compreensão biomédica do corpo separado como objeto de assistência, para ampliação de entrelaçamento com a história do sujeito. Freitas (2005, p.35) revela que “do ponto de vista psicológico o corpo se apresenta como espaço de expressão subjetiva e lugar de organização de novos sentidos que apontam para a existência humana”.

Nesse sentido, “o corpo tem que ser visto sempre sob uma dupla dimensão, onde nenhuma exclua a outra, mas, ao contrário, se unam para que o corpo, como totalidade, se faça compreensível” (Ribeiro, 2012, p. 173). Sob a perspectiva fenomenológica, o corpo não é algo que pertence ao sujeito adoecido, mas é algo que ele é (Merleau-Ponty, 1994).

Ressalta-se que nosso critério de saúde está relacionado à capacidade plástica do campo organismo/ambiente, mantendo aquela totalidade em equilíbrio dinâmico (Alvim, 2016). De acordo com Alvim (2016, p. 27):

A Gestalt-terapia compreende a existência como movimento temporal dado no encontro pessoa-mundo. Concebe organismo e ambiente como uma Gestalt, configuração de partes que não podem ser pensadas separadamente, a não ser como abstrações. Isso se expressa na noção de campo organismo/ambiente, a partir da qual se conclui que a existência de um organismo se dá sempre em relação com o ambiente, compondo um campo.

A Gestalt-terapia enfatiza os aspectos saudáveis preservados do indivíduo, e entende o processo patológico como um processo de ajustamento criativo em situações insustentáveis ao self. Os ajustamentos criativos resultam ou são uma resposta do sujeito para satisfação de uma necessidade. Para Perls (1997) os ajustamentos criativos relacionam-se à autorregulação do organismo diante de uma demanda emergida, na qual uma necessidade é satisfeita de alguma forma.

Compreendendo, então, que o olhar é voltado para as potencialidades do indivíduo no mundo, a ideia de saúde volta-se para o impulso de mobilizar o sujeito para tomar consciência – de si e das suas relações com o mundo. Não se trata de descartar as limitações e problemáticas vivenciadas, mas de compreender em que contexto esse sofrimento se apresenta. Com isso, a noção de totalidade ocupa um lugar central na teoria gestáltica (Ribeiro, 2011). A pessoa é vista em sua inteireza, todas as suas dimensões são valorizadas e trabalhadas.

Por isso, no processo de cuidado, consideram-se as polaridades do sujeito: tanto o seu lado sombrio, regressivo, que se volta para a destruição, como seu lado que impulsiona para a saúde, felicidade e atualização. Durante nossa constituição, a partir do contato com o mundo e com o outro, algumas dimensões vão sendo exploradas e confirmadas e, outras, esquecidas e

rechaçadas. Fixamos nosso modo de funcionar e não abrimos a possibilidade de experimentar outras formas de ser, principalmente quando essas outras formas estão fora do que acreditamos carregar como essência.

A Gestalt-terapia defende que não há essência *a priori*, somos o que construímos de nós a partir de nossas escolhas, e essas escolhas se dão na existência, nessa abertura para a relação com o mundo. Essa perspectiva é fundamentada em Sartre (2000), que traz que somos nada, não há nada para nos apegarmos, nenhum *a priori*, nenhuma entidade superior que guie nossos caminhos. Há apenas nossas escolhas; o que fazemos com aquilo que somos a cada escolha é o que nos constitui. Somos, portanto, um eterno devir, não somos uma instância fechada que se constrói e chega a um ponto de finalização, somos uma construção diária, que só se finaliza com a morte.

Para Ribeiro (2011), quando se ignora a dimensão de abertura e de integração do ser, ocorre a polarização, que se dá através de um processo de identificação. O sujeito organiza e simboliza crenças a respeito de si e do mundo, em uma perspectiva valorativa de bom e mau, de ideais de self, de projeções e introjeções, e de características desejáveis e indesejáveis. Identifica-se fortemente com algum desses polos e ignora a cadeia oposta, chegando a negar as experiências e características que não estão de acordo com os construtos atuais da pessoa.

O sujeito, ao invés de integrado, trava dentro de si uma disputa entre os polos/polaridades, torna-se desintegrado e cindido, alienado de si mesmo. Perls (1997) aponta a disputa *underdog* e *topdog*, na qual o dominador e o dominado lutam constantemente pelo controle e pela determinação das escolhas do sujeito, tornando-o rígido.

A Gestalt-terapia defende que, a partir da integração entre as partes cindidas do eu e a aceitação de si como um ser dúbio; que é capaz de amar e também de odiar; de ser a mais doce criatura e a mais violenta e destruidora; que se permite ser o que se é no aqui e agora, independente de ideais de self, de introjetos e projeções; a partir dessa integração, o sujeito tem a consciência mais ampla de suas possibilidades existenciais e pode atuar no mundo de forma mais responsável e criativa. Assim, tem-se que alguns dos principais objetivos do trabalho em Gestalt são: a desalienação de si, a consciência de si e a integração do self.

No contexto de adoecimento,

É preciso que o indivíduo tenha em mente a ideia de que é fundamental liberar suas emoções, como chorar, gritar, protestar, dizer o que incomoda e o que não gosta, isto é, ser autêntico com os verdadeiros sentimentos. Também é preciso aceitar que a pessoa tenha sentimentos ruins, pelo simples fato de ser humano e de que essas sensações também são importantes para o crescimento individual, pois é no conflito e na diferença que o Homem tem a possibilidade de crescimento. E isso só acontece se a pessoa estiver em sintonia consigo, acompanhando o seu pensar, seu agir, com o seu processo fluido (Silva & Boaventura, 2011, p.44).

A busca por integração das partes cindidas do sujeito faz-se relevante e de grande valia para a atuação em Cuidados Paliativos, pois, quando o sujeito está acometido por um adoecimento grave que, possivelmente, o levará à morte, revela-se como fundamental a unificação de sua biografia, sem que haja cisões ou questões inacabadas que possam trazer interrupções no processo de cuidados do paciente. Ressalta-se que

O ajustamento criativo, funcional e saudável, bem como a autorregulação adequada, se dão em um fluxo permanente de transformações em busca do novo, despadronizando a cristalização de ações antigas para acontecimentos novos, permitindo que a expressão criativa seja capturada no encontro com o meio, que é sempre em alguma medida novo, de maneira harmônica (Berri, 2020, p.358).

A partir desta compreensão não dicotômica, de mente e corpo e de saúde e doença, a prestação de assistência pode se organizar em torno de uma nova maneira de pensar o cuidado através dessa concepção de sujeito integrado. Quando se fala em Cuidados Paliativos, é crucial que haja uma abordagem interdisciplinar, na qual os profissionais atuam de forma complementar e agregadora com todas as dimensões do humano, não as negligenciando ou as hierarquizando. A interdisciplinaridade apresenta-se de forma mais ampla do que a atuação multidisciplinar, pois acontece através da troca articulada dos saberes,

permitindo a colaboração entre os profissionais e o cuidado compartilhado e colaborativo, atuando a partir de uma perspectiva una e integrada de sujeito (Silva et al, 2020).

Deste modo, as equipes de Cuidados Paliativos são compostas por diversas áreas profissionais, que atuam em conjunto. Há diretrizes que orientam os profissionais que devem fazer parte dessas equipes. O time básico deve ser composto por médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo. Como parte do time estendido, salienta-se o fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e farmacêutico. Também podem ser inclusos o assistente espiritual, educador físico, musicoterapeuta, pedagogo e voluntário (Carvalho et al., 2018; Castilho, Silva, & Pinto, 2021).

A partir do olhar gestáltico, o papel do profissional paliativista torna-se, então, contribuir para o estabelecimento do fluxo de autorregulação, resgatando as potencialidades do sujeito e suas possibilidades existenciais no aqui-e-agora, e assegurando a presença acolhedora e cuidadosa, “oferecendo para a pessoa em processo de saúde e doença a escuta e a oportunidade de falar sobre suas dores e seus sonhos, retomando o sentido de sua existência e ressignificando, se necessário, seus introjetos referentes à vida” (Berri, 2020, p.358). Tal objetivo está em total consonância com os princípios e pressupostos da Gestalt-terapia, porém não são todos os profissionais da área da Saúde que têm acesso formativo à abordagem. Destes profissionais, de maneira usual, apenas os psicólogos têm um olhar gestáltico, em contraposição à hegemonia do olhar biomédico predominante aos profissionais de saúde, ou mesmo como ampliação à visão biopsicossocial, crescente na área da Saúde. Outrossim, reforçamos a importância da inclusão desta discussão nos espaços formativos e de capacitação desse público

3. Os cuidados paliativos em construção

Os Cuidados Paliativos surgem como um movimento antagônico à proposta de saúde e cuidado vigentes. A partir dessa filosofia, compreende-se o cuidado de maneira ampliada, com olhar voltado para os sujeitos complexos e dinâmicos em sua totalidade, considerando suas necessidades biopsicossociais, ultrapassando uma prática exclusivamente técnica, com ações pessoais e burocratizadas (Hochman & Armus, 2004).

Essa ideia corrobora com a concepção da Gestalt-terapia, que apreende a visão holística de Homem, do Humanismo, haja vista que “a Gestalt-terapia é uma abordagem integrativa e interativa que considera o Homem uma totalidade unificada que se autorregula a partir da interação com o meio” (Cardella, 2014, p.112). Dessa maneira, o processo de cuidados é voltado para esse ser total, considerando suas necessidades enquanto ser autônomo, construído numa constante interação entre Homem-mundo.

A partir dessa perspectiva, entende-se que, para que o cuidado seja estabelecido, antes da realização de técnicas deve-se buscar a compreensão da experiência vivida pelo sujeito, à medida que o mesmo é detentor da potencialidade da própria existência, podendo se apropriar de si e da sua condição de saúde, assumindo a responsabilidade por seu processo de cuidados e projeto de vida (Lopes, 2016).

O sujeito, criador de sua realidade a partir dos significados que atribui aos fenômenos e das escolhas que faz para operacionalizar o seu projetar-se no mundo, promove a sua autonomia, no sentido de assumir-se enquanto “trabalhador vivo em ato” de sua existência, podendo fazer escolhas que impactam em sua saúde de modo mais autêntico e responsável (Lopes, 2016, p.3).

Busca-se, então, pela compreensão do sentido que é atribuído pelo sujeito à vivência do adoecimento, do processo de morrer e de sua condição existencial, bem como das relações que estabelece com o mundo. Dessa maneira, visa-se o desenvolvimento do potencial humano, através do acolhimento e a compreensão da singularidade de sua experiência. Destarte, o sujeito, mais integrado, encontra-se *aware* da sua existência diante do adoecimento e da morte, que se apresenta como possibilidade a partir do diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida, viabilizando uma vida com escolhas mais congruentes frente às possibilidades e restrições existenciais.

A assistência, a partir do olhar gestáltico deve, portanto, partir da premissa de que os indivíduos são livres, autônomos e responsáveis por seus caminhos e suas escolhas. Trabalha-se com foco na consciência, a atenção volta-se para o quê e o como do comportamento e da experiência no aqui-agora, visando integrar as partes fragmentadas e desconhecidas do eu. O processo de cuidado volta-se para a construção de um autossuporte eficiente, para processos de tomada de consciência e para o processo criativo de mudança e transformação, no qual o indivíduo resgata o processo fluido e de devir da sua construção (Ribeiro, 2011).

É importante lembrar que a autonomia desse sujeito em sua existência apresenta uma abertura, mas, ao mesmo tempo, um enquadramento de possibilidades. Ou seja, busca-se compreender as inúmeras formas de viver congruentes para aquele sujeito, mas também não excluindo as limitações de sua condição ou dos aspectos éticos e legais envolvidos no processo de cuidados.

Como demonstrado por Silva e Boaventura (2011, p. 40-41),

A doença pode ser vista como uma abertura para novas possibilidades existenciais a partir do confronto com determinados impedimentos. Se o indivíduo não se permite mergulhar no próprio adoecimento e perceber o que ele quer dizer, dificilmente poderá experimentar-se como é esse processo. A exploração de si, o confronto com toda gama de bloqueios e cristalizações que participam do contato e da relação sujeito-ambiente, deve surgir como um novo processo ativo e delineador de uma conscientização fluida, inteira na totalidade.

Isto posto, acredita-se no possível amadurecimento e transformação advindo da vivência do adoecimento, com a possibilidade de ressignificação de vida, ultrapassando a ideia socialmente associada à palição de que, para esse doente, “não há mais nada que ser feito”, como se a possibilidade de morte impedisse o processo criativo de emergência de possibilidades de vida. Com a Gestalt-terapia, torna-se mais evidente a capacidade do sujeito de se recriar e reajustar nesse contato com a realidade vivenciada, viabilizando o ajustamento criativo necessário, através da consciência de si e das suas experiências no mundo (Kiyon, 2006; Silva & Boaventura, 2011).

Um dos aspectos mais relevantes da teoria gestáltica, e que apresenta grande importância para os pacientes em cuidados paliativos, é a crença de que, se tornando presente, o sujeito tem a possibilidade de ação, mesmo que diante de restrições existenciais. Para Perls (1977), nada existe, exceto o agora, já que o passado morreu e o futuro ainda não chegou. O passado e o futuro existem como desdobramentos temporais, mas é apenas no aqui-e-agora que reside a existência, é apenas no momento presente que o sujeito pode atuar e transformar a si mesmo e a sua realidade.

Polster e Polster (1979) trazem uma discussão acerca do modo humano de viver, que é muito pautado no passado e no futuro. Para eles, são sempre mágoas e arrependimentos que ficam ecoando e impedem que o sujeito entre em contato com as possibilidades existentes no momento presente, ou planos e projetos tão distantes que sempre levam o sujeito a preocupar-se e a angustiar-se diante das escolhas que ainda irá fazer, e de coisas que ainda irá viver. Com isso, o presente é tido como algo que não existe, que não é produtivo, no qual não há vida.

A Gestalt-terapia não ignora as dimensões do passado e do futuro, as compreendendo como importantes quando, de alguma forma, estão ligadas a aspectos significativos no campo atual do sujeito. Quando algum aspecto do passado ou do futuro traz afetações ao sujeito no momento presente, esses aspectos estão presentes e serão trabalhados na forma como o sujeito experencia tal fato ou sentimento, no hoje (Polster & Polster, 1979).

Os indivíduos têm uma tendência em interromper o fluxo do presente, pois no lugar de experienciarem seus sentimentos e necessidades no aqui-e-agora, falam de seus sentimentos e vivem desligados da experiência presente. Polster e Polster (1979, p.22) descrevem: “O viver real vai começar em algum instante do futuro – após terminarmos a universidade, após nos casarmos, depois das crianças crescerem, ou, para alguns, depois que nós acabarmos a terapia”.

A presentificação, como potencializadora de cura/cuidado, apresenta-se com grande relevância na atuação em cuidados paliativos, haja vista que o diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida ressalta o contorno dado pela morte quanto às possibilidades existenciais, permitindo que a vida emergja nesses instantes do hoje, pontuando a necessidade de ressignificação

de experiências e relações, além de fechamentos e despedidas na vivência da terminalidade. Como demonstrado por Silva (2007, p. 57), “a limitação temporal e espacial influencia na construção do ‘vir a ser’ do sujeito. Ter consciência da possibilidade de não existir desperta o indivíduo para a responsabilidade que é viver seu ‘aqui e agora’”. Ressalta-se, então, que morte é um contorno que restringe as possibilidades existenciais, mas, ao mesmo tempo, dá abertura para que o agora se fortaleça, permitindo não somente ressignificações do passado e recortes do futuro, mas a potência da vivência do hoje.

Assim, no contexto da palição, o foco no presente possibilita, ademais, que os sujeitos encaminhem-se para desejos mais concretos e afinem sua percepção para as necessidades mais emergentes, tais como “a ligação de alguém que se ama, ver o sol novamente, a diminuição de dor ou a espera de uma morte digna, envolta das pessoas que se ama” (Berri, 2020, p.356). As urgências subjetivas e físicas - utilizando linguagem dualista para melhor compreensão - ganham notória importância quando se atua no campo presente e, dessa forma, “o paciente e a família ajustam seus olhares para as pequenas conquistas adequadas às possibilidades reais da pessoa” (Berri, 2020, p.356).

3.1. Os cuidados paliativos e a relação dialógica

Lopes (2016) nos sinaliza que o trabalho em saúde e os processos de intervenções não devem ser guiados apenas por saberes tecnológicos estruturados e procedimentos técnicos, mas devem ser baseados em tecnologias voltadas para as relações. Portanto, é necessário que o cuidado seja exercido a partir de uma perspectiva dialógica, fundamentado no encontro entre singularidades, podendo utilizar de tecnologias como recursos de manejo e não como foco de atenção. Essa proposta diferencia-se do modelo de produção de cuidado tradicional, verticalizado e fragmentado, com foco em procedimentos prescritivos, sistemáticos, burocráticos, reproduzíveis e universais (Ayres, 2004; Lopes, 2016).

Então, o cuidado exige uma relação intersubjetiva fortalecida, e a “Gestalt-terapia pode fornecer embasamento teórico para construção de interações dialógicas” (Lopes, 2016, p. 2). Ribeiro (2007) enfatiza que o contato está no cerne da natureza humana, pois somos necessariamente seres de relação, e nos compomos a partir dessa interação com o mundo e com o outro, sendo “ser-no-mundo-com-o-outro”.

É a partir das fronteiras de contato que estabelecemos uma relação com o mundo, pois o modo como estabelecemos contato é a manifestação não consciente e velada do nosso universo interno (Ribeiro, 2007). Se nossas fronteiras são muito rígidas, nossa relação é distanciada e o contato não é pleno; por outro lado, se forem flexíveis demais, o mundo nos invade e não há separação entre o eu e o mundo.

O cuidado em saúde é também uma forma de contato, é uma relação entre duas ou mais pessoas que devem engajar-se na construção de um diálogo real e transformador. A relação estabelece-se como um ponto privilegiado no processo de cura quando é autêntica e genuína. Trata-se de um encontro existencial, na qual sua finalidade é um cheio, completo e autêntico momento entre duas pessoas. É pautada, pois, na relação dialógica Eu-Tu, definida por Buber (1923/2001) como um encontro de abertura genuína ao diferente, em que pessoas únicas respeitam a humanidade do outro, que é singular e inigualável, e, conseqüentemente, distanciada da relação Eu-Iso, tão presente na atuação biomédica. Corroborando com essas ideias, Freitas, Stroiek e Botin (2010, p.146) destacam que:

O diálogo Eu-Tu/Eu-Iso não é uma técnica, mas uma abordagem com a qual se busca uma prática que vá além dos atributos técnicos e científicos implícitos no dualismo psicofísico corpo/subjetividade, alcançando a habilidade interpessoal, ou seja, a habilidade de se importar e de considerar as características humanas envolvidas no cuidado.

Assim, ao pensar no cuidador e no sujeito cuidado, compreende-se que ambos se afetam um pelo outro, sendo necessárias disponibilidade, abertura, presença e responsabilidade na relação. O cuidador - seja familiar ou profissional - não é visto como função, como alguém neutro e passivo; aqui, ele envolve-se e, na relação, transforma-se, torna-se mais aberto às suas experiências imediatas e descobre, junto com o cliente, como engajarem-se em caminhos que se abrem para ambos.

Polster e Polster (1979), ao pensarem a relação de cuidado, defendem que, quando há envolvimento na relação, o terapeuta:

... não está somente pondo à disposição do cliente algo que já existe, mas está também participando num processo de fazer acontecer novas experiências que se baseiam tanto nele quanto no cliente. Ou seja, ele se torna não só uma pessoa que responde e que fornece feedbacks, mas também um artista que participa na criação de uma vida nova (p.37)

Ainda buscando compreender o cuidado, ultrapassando a perspectiva tecnicista tradicional, destacamos que Ayres (2004) o entende como:

Um construto filosófico, uma categoria com a qual se quer designar, simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade (p. 74).

Essas ideias pactuam com o conceito de cuidado proposto por Boff (1999), quando afirma que “cuidar é mais que um *ato*; é uma *atitude*. Portanto, abrange mais que um *momento* de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma *atitude* de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (p.33, grifos do autor).

Assim, entende-se que os profissionais da Saúde que compõem uma equipe de cuidados paliativos devem ampliar a visão tecnicista, buscando fortalecer as relações, com atitudes de acolhimento e proteção, em busca da minimização do sofrimento, do aumento da qualidade de vida e da promoção de maior dignidade no processo de morrer. “Aqui é possível não falarmos de técnica profissional, mas de ética, de investimento no outro, abertura ao outro e ao seu sofrimento, responsabilizando-se pelo seu cuidado” (Lima, 2019, p.36).

À vista disso, o processo de cuidados pode facilitar o fluxo autorregulativo do indivíduo, viabilizando mudanças e restaurando mecanismos naturais de saúde. Devemos, portanto, confiar que com a condução de uma equipe de saúde capacitada, esse paciente pode ter além do seu autosuporte, o heterosuporte necessário para manutenção da sabedoria orgânica. Desse modo, a relação fortalecida com a equipe interdisciplinar permite cuidados totais e integrais direcionados à presentificação do paciente e seus familiares na experiência de adoecimento e terminalidade, possibilitando-os estar mais *aware* das vivências, promovendo qualidade de vida através da aceitação de sua condição e manutenção da congruência com suas necessidades emergentes e possibilidades de vida, até o dia de sua morte.

4. Considerações Finais

A assistência oferecida pelas equipes de cuidados paliativos promove a quebra do mundo dualista, com previsão de um cuidado técnico e voltado apenas para a cura. A proposta de trazer o olhar gestáltico para essa prática, busca viabilizar, ainda, uma ampliação desse processo de cuidados, com base na crença de que esse sujeito adoecido é capaz de vivenciar experiências significativas, potentes e transformadoras até seu fim de vida.

Sob essa perspectiva, entende-se que o sujeito doente deve ser visto como capaz e autônomo, sendo acolhido pela equipe como centro, a partir da valorização de suas potencialidades. A base dessa atuação é a crença na capacidade do sujeito de se autorregular e autogerir no mundo, mesmo que a morte se apresente como horizonte e como restrição das possibilidades existenciais. Ademais, esse olhar convoca os profissionais de saúde a uma prática una e integrada para com o sujeito e seus familiares, valorizando a dimensão relacional e de campo.

Assim, entende-se que o olhar gestáltico nos cuidados paliativos possibilita que os profissionais tenham uma concepção ampliada de Homem, relação e saúde, com processos de cuidado guiados não por um olhar meramente técnico e curativo, mas por uma relação dialógica, através de um encontro existencial pessoa-pessoa. A Gestalt-terapia contribui para que possamos olhar para as pessoas, sua história e suas necessidades existenciais.

Compreende-se, afinal, que a Gestalt-terapia e os Cuidados Paliativos são perspectivas que se encontram e podem contribuir de forma considerável para o cuidado em saúde; haja vista que essa prática de saúde volta seu olhar para o sujeito e não para a doença; foca nos cuidados e na qualidade de vida, e não na apenas na cura; e assiste aos aspectos biológicos, psicológicos,

sociais e espirituais, e não apenas aos primeiros; e essa ampliação já é apresentada pela Gestalt-terapia em seus conceitos fundamentais.

Com os enlaces trabalhados ao longo deste escrito, acredita-se em uma transformação no campo teórico de ambas as perspectivas, pois “a transformação é uma transformação que reverbera em todo o campo e traz interferências generalizadas” (Lima, 2005, p. 139), ampliando e fortalecendo a Gestalt-terapia e os cuidados paliativos.

Referências

- Alvim, M. B. (2016). O lugar do corpo e da corporeidade na Gestalt-terapia. Em L.M. Frazão & K. O. Fukumitsu (Orgs.), *Modalidades de intervenção clínica em Gestalt-terapia* (pp. 27-45). São Paulo: Summus.
- Augras, M. (2002). *O ser da compreensão: Fenomenologia da situação de psicodiagnóstico*. Petrópolis: Vozes. (Originalmente publicado em 1986).
- Ayres, J. R. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 8 (14), 73-92.
- Berri, B. (2020). A esperança como ajustamento criativo: Reflexões dos processos de saúde, doença e morte em Gestalt terapia. *Revista da Abordagem Gestáltica*, XXVI (3): 351-360.
- Boff, L. (1999). *Saber Cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Brasil. (2018). Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 23 nov. 2018; Seção 1.
- Buber, M. (2001). *Eu e tu* (8a. ed.). São Paulo: Centauro. (Originalmente publicado em 1923).
- Cano, D. S. (2014). *O médico entre a vida e a morte: um estudo psicológico em oncologia clínica*. Porto Alegre: Casa do Psicólogo.
- Cardella, B. H. P. (2014). Ajustamento criativo e hierarquia de valores ou necessidades. Em L. M. Frazão & K. O. Fukumitsu (Orgs), *Gestaltterapia: conceitos fundamentais* (pp. 104-130). São Paulo: Summus.
- Carvalho, R. T. (2018). Cuidados paliativos – conceitos e princípios. Em R. T. Carvalho et al. (Eds), *Manual da residência de Cuidados Paliativos* (pp.2-10). Barueri: Manole.
- Freitas, J. L. (2005). *Ruptura e Sentido na experiência de adoecimento e morte*. (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Brasília, Universidade de Brasília.
- Freitas, J. L. (2009). *Experiência de Adoecimento e Morte: Diálogos entre a pesquisa e a Gestalt-terapia*. Curitiba: Juruá Editora.
- Freitas, J. L., Stroiek, N. N., & Botin, D. (2010). Gestalt-terapia e o diálogo psicológico no hospital: uma reflexão. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 16 (2): 141-147.
- Galli, L. M. P. (2009). Um olhar fenomenológico sobre a questão da saúde e da doença: a cura do ponto de vista da Gestalt-terapia. *Estud. pesqui. psicol.*, 9 (1): 58-70.
- Galriça Neto, I. G. (2010). Princípios e filosofia dos Cuidados Paliativos. Em A. Barbosa & I. G. Galriça Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp.1-42). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Hochman, G. & Armus, D. (2004). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre a saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Kiyan, A. M. M. (2006). *E a Gestalt emerge: vida e obra de Frederick Perls*. São Paulo: Altana.
- Lima, M. J. V. (2019). *Uma escuta ética do cuidado na morte e no morrer*. Fortaleza: EdUECE.
- Lima, P. (2005). *Psicoterapia e mudança: uma reflexão* (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Lima, P. (2014). Autorregulação orgânica e homeostase. Em L. M. Frazão & K. O. Fukumitsu (Orgs), *Gestalt-terapia: conceitos fundamentais* (pp.94-102). São Paulo: Summus.
- Lopes, G. V. (2016). Cuidado em saúde: considerações a partir da Gestalt-terapia. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 5(1): 35-40.
- Manual da Residência de Cuidados Paliativos: abordagem multidisciplinar*. Barueri, SP: Manole, 2018.
- Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. 3ª edição, Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.
- Mendonça, M. M. (2013). A psicologia humanista e a abordagem gestáltica. Em L. M. Frazão & K. O. Fukumitsu (Orgs), *Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas* (pp. 76-98). São Paulo: Summus.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes.
- Nicodemo, I. P. & Torres, S. H. B. (2018). Indicações de cuidado paliativo: os cuidados paliativos recomendados para cada paciente. Em R.T. Carvalho et al. (Eds), *Manual da residência de Cuidados Paliativos* (pp.21-36). Barueri: Manole.

- Pan American Health Organization, PAHO (2018). *Indicadores de saúde: elementos conceituais e práticos* (Capítulo 1). Recuperado em 24 novembro, 2020, de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&limitstart=4&lang=pt.
- Perls, F. (1977). *Gestalt-terapia explicada*. São Paulo: Summus.
- Polster, E. & Polster, M. (1979). *Gestalt-terapia integrada*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Ribeiro, J. P. (2007). *O ciclo do contato*. São Paulo: Summus.
- Ribeiro, J. P. (2011). *Conceito de mundo e de pessoa em Gestalt-terapia: Revisitando o caminho*. São Paulo: Summus.
- Ribeiro, J. P. (2012). *Gestalt-terapia: refazendo um caminho*. São Paulo: Summus.
- Sartre, J. P. (2000). *O ser e o nada*. (P. Perdigão, Trad.). Petrópolis: Ed. Vozes. (Trabalho original publicado em 1943).
- Saunders, D. C. (2004). Introduction Sykes N., Edmonds P., Wiles J. *Management of Advanced Disease*, 3-8.
- Silva, C. S. (2007) *Contribuições da Psicologia Existencial no Enfrentamento das Perdas e da Morte*. (Graduação em Psicologia). Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí.
- Silva, J. M. A., Lemos, A. P. C., Freitas, J.H.C., Vasconcelos, L.S. & Carvalho, M. L. R. B. (2020). Introdução à Interprofissionalidade. Em Moreira, M. A. F. (Org), *Casos Clínicos Interprofissionais: da teoria à prática* (pp.21-32). Salvador: Sanar.
- Silva, R. B. & Boaventura, C. B. F. (2011). Psico-oncologia e Gestalt-terapia: uma comunicação possível e necessária. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 17(1), 37-46.
- Tenório, C. M. D. (2003). *Os transtornos da personalidade histriônica e obsessiva-compulsiva na perspectiva da Gestalt-terapia e da teoria de Fairbairn*. (Doutorado em Psicologia Clínica). Universidade de Brasília, Brasília.
- World Health Organization (1990). *Cancer pain relief and palliative care*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1998). *Cancerpainreliefandpalliativecare in children*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2002). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2017). *10 facts on palliative care*. Recuperado em 20 novembro, 2020, de <https://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/en/>.