

A HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO HOSPITALAR: UM OLHAR SOBRE A MORTE E O MORRER NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

SOUZA, Cleverson Pereira¹
LORENCINI, Douglas Leandro Souza²
AMARAL, Alexia Fortes do³

RESUMO

Este estudo busca trazer reflexões sobre a humanização e o seu processo no contexto hospitalar. Trazendo um entendimento do ser humano a respeito da sua humanização na saúde. Aborda o Programa Nacional de Humanização (PNH) no contexto hospitalar, trazendo reflexões acerca do seu processo em pacientes que adentram o setor de Unidade de Terapia Intensiva para tratamento. O sofrimento de determinadas pessoas perante a sua doença intensificam a sua dor, a humanização como um processo que abrange todos os profissionais de saúde vem para diminuir e trazer uma proposta mais humanizada no atendimento a saúde. Diante desse processo foi realizada uma pesquisa bibliográfica visando como a humanização implica no atendimento a saúde e na melhoria de qualidade do atendimento ao paciente, levantando questões acerca de como o Psicólogo lida com esse processo em conjunto com a equipe e como sua implementação poderia ajudar profissionais, família e o próprio paciente a compreender o processo da morte e o morrer.

PALAVRAS-CHAVE: UTI, Morte e Morrer, Humanização, Psicologia Hospitalar

1. INTRODUÇÃO

Quando falamos em psicologia hospitalar falamos deste contexto onde o psicólogo, independente de sua orientação teórica, por meio de métodos e técnicas de prevenção procura amenizar a dor e o sofrimento que a hospitalização causa no paciente inserido no hospital. Para Simonetti (2007), a psicologia hospitalar não desenvolve uma meta ou ideal que o paciente deve concretizar, mas sim que o indivíduo consiga elaborar suas vivências e simbolizar seu adoecimento.

Com a entrada na Instituição hospitalar o indivíduo acaba se deparando com outra realidade, se vê cercado por profissionais e o foco volta-se a sua doença e não ao seu lado humano, os aspectos básicos do seu dia a dia se modificam, antes chamado por seu nome agora ele é visto como o paciente de determinado leito ou até mesmo identificado por suas patologias, dando início a um processo de despersonalização ou seja perda de sua identidade, podendo agravar ainda mais a patologia existente (ANGERAMI-CAMON, 2003).

Ao adentrar ao hospital o paciente não se dá conta do seu quadro patológico e muitas vezes não sabe lidar com esta situação, assim o mesmo muitas vezes não aceita sua condição e internação,



e trabalhar na minimização da dor por meio do impacto psicológico se torna uma situação difícil de lidar (VALVERDE e CARNEIRO, 2011). Neder (1995) diz que “o psicólogo deve compreender a concepção de vida do paciente {...} reconhecendo seus direitos, e tornando o paciente e seus familiares co-responsáveis neste processo”.

Sendo assim, o foco das intervenções no contexto hospitalar voltaria a compreensão do processo de aceitação desse paciente e de sua família frente a sua dor e seu sofrimento. Isto acontece pois muitas vezes o paciente é tratado como um objeto pelo médico quanto pela equipe hospitalar, a sua individualidade é suspensa e transforma esse paciente em apenas mais um caso a ser contabilizado e tratado nesse âmbito hospitalar. (ANGERAMI-CAMON, 1996, p.26).

O Psicólogo Hospitalar deve então ter um enfoque voltado na humanização dos pacientes, pois em algumas situações a uma certa dificuldade em lidar com a enfermidade, dor e sofrimento e quando lida é tratado de maneira biológica pelo médico e pelos outros profissionais, se esquece que este é um sujeito biopsicossocial. Mesmo recebendo ajuda psicológica, o apoio vem por parte do ambiente familiar e muitas vezes a própria família também o abandona (HERMES e LAMARCA, 2013). No contexto hospitalar “essas três esferas (bio-psico-social) {...} são interdependentes e inter relacionam-se à outra, mantendo o ser-doente, num constante esforço de adaptação à sua nova condição de doente [...]” (CHIATTONE, 2003, p. 32)

2. REFERENCIAL TEÓRICO OU FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA A HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO HOSPITALAR

Mas o que seria então a humanização no contexto hospitalar? E qual a importância da articulação de um tratamento mais humanizado que propicie um olhar para o ser e não apenas para sua enfermidade? Nesta primeira parte iremos expor o conceito de humanização através de suas condições éticas e a importância da relação entre pessoas providas de sentimentos e peculiaridades e não apenas a relação entre profissional e paciente, e é claro o que as políticas a respeito da humanização tem a nos dizer.

A humanização hospitalar como cita Angerami-Camon (2003), se mostra determinante no que tange ao respeito que se deve ter com o paciente que é submetido a incessantes procedimentos que podem ser abusivos e invasivos. Podemos então definir a humanização hospitalar como



expressão da ética, mais que uma própria atitude do profissional de saúde, a instituição deve possuir uma filosofia voltada ao processo de humanização, que seja eficaz em diversos âmbitos relacionais, tanto na comunicação entre profissionais quanto com os próprios pacientes. É importante que se tenha em mente que essa relação entre sujeitos é imprescindível para o estabelecimento de uma relação profissional e humanizada que acaba por significar tanto o paciente quanto o profissional de saúde (BACKES; LUNARDI; FILHO, 2006).

Ainda em Backes, Lunardi e Filho (2006), o processo de humanização também depende da compreensão da condição humana que cada indivíduo tem do outro, englobando diversos aspectos como o respeito pela condição do sujeito, suas peculiaridades, atitudes, desejos, crenças, e claro os sentimentos. Esta filosofia humanizada já citada anteriormente deve fomentar as relações profissionais saudáveis, a aceitação daquilo que é diferente e até mesmo seus limites profissionais.

Segundo o Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH) visa o estabelecimento de um atendimento de qualidade onde se articule os avanços tecnológicos com o acolhimento, através da melhoria do cuidado e condições de trabalho (BRASIL, 2004). A PNH também tem como objetivo o fortalecimento do Sistema Público de Saúde, em curso no país desde 2003. Essa política vem para contribuir com a melhoria, a atenção e a qualidade da gestão de saúde no Brasil (BRASIL, 2008a).

A PNH busca colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no dia a dia dos serviços de atendimento a saúde e assim produzir mudanças no modo de atenção e cuidados. Com base nesse sentido, se fazem as principais prioridades da PNH: Valorizar a dimensão subjetiva e social nas práticas de atenção no SUS, fortalecer o compromisso com os direitos do cidadão, destacar o respeito ao gênero, etnia e populações específicas (índios). Fortalecer ideias de humanização no trabalho com equipes multiprofissionais, construção da autonomia e protagonismo do sujeito e coletivos na rede do SUS, compromisso com a valorização dos profissionais de saúde para aprimoramento das estratégias e métodos nos processos de atenção à saúde (BRASIL, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), a PNH se propõe ao estabelecimento do processo de criação que envolve dimensões estéticas, ética e política. Estética por ser um processo de criação da saúde autônoma e protagonista. Ética pois implica diretamente nas mudanças de atitudes de quem utiliza o serviço de saúde, comprometendo-se com a qualidade das ações e



serviços dispostos, e política pois diz respeito à uma organização institucional com práticas de atenção e gestão do SUS.

Quando falamos da necessidade de se tornar protagonista e autônomo em seu tratamento, dizemos a respeito de que o paciente possa se considerar livre, que não perca sua essência e fique a mercê das escolhas dos outros, que tome para si parte da responsabilidade, em conjunto com os outros profissionais, para que se sinta ativo na escolha dos procedimentos a serem empregados, e com seu profissional tomar as decisões sobre as práticas mais adequadas às suas prioridades (FELÍCIO e PESSINI, 2009)

A humanização é um tema recorrente em reflexões e investigações no campo da saúde, tendo como finalidade compreender como os profissionais de saúde percebem a humanização e sua importância no processo de assistência ao paciente (COSTA, et al, 2009). Mas porque a humanização no contexto da Unidade de terapia intensiva (UTI) é tão importante? Seria ela uma desencadeadora da melhoria do quadro do paciente? Segundo Mota, Martins e Vêras (2006), deve-se dar atenção a estas relações sociais de humanização pois além de um tratamento digno ao sujeito, quando este é mobilizado é capaz de transformar sua própria realidade, modificando a si mesmo.

2.1 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Entende-se, que na Unidade de terapia intensiva (UTI) é prestado atendimento qualificado e especializado a pacientes graves e de alto risco. Esses pacientes que recebem esse cuidado contínuo e avançado, usufruem de um serviço de saúde que concentra tecnologia de ponta, onde o saber científico e o modelo biomédico acabam fragmentando o atendimento ao paciente, porém deixando de lado suas características subjetivas (CAETANO, COSTA, et al, 2007, 2009).

Essa polêmica é constante na realidade de hospitais gerais, ninguém deseja que um parente ou conhecido adentre o contexto da UTI. Este local ainda é visto como um tabu, onde os pacientes entram para morrer, Caetano (et al, 2007) conta que a maioria das pessoas preferem morrer dormindo, morrer sem dor, do que adentrar a UTI. Por conta disso, a humanização é uma constante e necessária no atendimento aos pacientes, é com os profissionais que o paciente terá seu contato. Se vê necessário então a desmistificação deste olhar e a relação entre morte e UTI, que assustam as pessoas e familiares que ingressam neste setor.



Sendo assim, em meio às necessidades presentes na UTI, é preciso contemplar o processo de humanização, é uma percepção que deve ser atribuída pelos profissionais mas que encontram dificuldades práticas para sua implementação. O principal objetivo da humanização em unidades complexas como a UTI é manter a dignidade do paciente e o colocar como protagonista no seu tratamento, respeitando seus sentimentos e emoções. Uma vez a humanização implementada, é importante dar voz aos profissionais para a compreensão desta em meio às práticas de saúde (CAETANO, COSTA, et al, 2007, 2009).

Diante desta realidade, é visto que o psicólogo hospitalar vem para valorizar a humanização no cuidado à saúde desses pacientes. Mas de que forma? Qual seria então o papel do psicólogo hospitalar na promoção de saúde e humanização desses pacientes?

2.1.2.A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO HOSPITAL PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE E HUMANIZAÇÃO

Se faz necessário que o Psicólogo escute e converse com o paciente sobre sua doença e falar das implicações desta em sua vida, embora estejamos dispostos a ajudar no processo do paciente para com o hospital nem sempre fazemos da maneira correta mas se o fizermos, por sua vez o paciente irá entender sua situação e avaliar como essa doença está inserida em sua estrutura psíquica. Sabe-se que esta doença pode provocar uma culpabilização, regressão, raiva, depressão, mas a maneira que esse indivíduo vai lidar com sua doença, sua dor, seu sofrimento psíquico é subjetivo, cada um tem sua maneira de sentir (CAMPOS, 1995).

O psicólogo não apenas em contexto da UTI, deve compreender o paciente, este se sentindo compreendido irá buscar estímulos com o pensamento dirigido a “manter-se, crescer e reproduzir-se. Esta é a verdadeira natureza do processo ao qual chamamos de vida”. (BACELLAR, SIMIELLI, FLOR, 2012, apud ROGERS, 2001, p. 269)

2.1.3 O PACIENTE E O SENTIMENTO DE COMPREENSÃO

Esse paciente ao se sentir seguro e compreendido aceita-se como um todo e assim passa a entender a sua doença tanto pelo aspecto fisiológico quanto pelas implicações emocionais, tomando consciência do que é real e do que é fantasioso (CAMPOS, 1995). Na UTI durante o processo de escuta deve-se considerar o paciente de forma humanizada valorizando a potencialização do



estabelecimento do vínculo, o desenvolvimento do paciente ao perceber essa empatia, compreensão, irá conceber um crescimento e a autenticidade dos principais modos do paciente lidar com seu sofrimento, como cita Bacellar (et al, 2012), "concebem o crescimento, a preservação e a sobrevivência como a principal motivação humana, o que equivale a dizer que a principal missão humana seria a de realização das suas potencialidades".

A maneira como o paciente lida com sua dor é subjetiva e individual mas o que o motiva a sua aceitação é a sua tendência direcional, sendo esta segundo Rogers (1976), um movimento direcionado à realização da construção de suas possibilidades individuais intrínsecas. É a presença ou a ausência desse processo direcional que vai fazer com que o paciente se diferencie entre um ser vivo ativo ou um ser morto passivo (BACELLAR et al, 2012, apud ROGERS, 2001, p. 269). Assim, a proposta do psicólogo em sua intervenção tem por base a utilização de seus meios teóricos vinculados a valorização da relação com o paciente para que se busque êxito no desenvolvimento de vínculo durante o atendimento.

2.1.4 A CONDIÇÃO DA MORTE

Diante do que foi apresentado, uma questão realmente importante é como este paciente internado muitas vezes frente a um quadro terminal ou não aceita sua condição. Segundo Kovács (1992), "a morte sempre esteve presente em nosso dia a dia" mas o ser humano evita falar da morte pois isto causa-lhe medo, pavor e uma angústia tão grande que apenas imaginar aumenta o sofrimento e isso implica em um sentido de dor que só aumenta.

A questão da morte e do morrer sempre foi uma preocupação para o homem, isto sempre causará um impacto em sua vida. Para o paciente internado na UTI e para a própria família que frequenta esse contexto o impacto é muito maior, o medo de morrer é tão intenso que o paciente e a família não sabem lidar com esse processo, os estágios descritos por Elisabeth Ross em seu livro "A Morte eo Morrer" (1969) ainda se fazem atuais, a maneira como o paciente lida com a raiva diante do seu quadro passando pela negação e barganha por um tempo maior de sua vida, chegando a depressão diante de um quadro terminal e finalizando na aceitação, que como a autora ainda cita, "nem todos chegam ao fim deste processo".

A morte faz parte do desenvolvimento humano, faz parte de nossas vidas, dos profissionais da área da saúde, do próprio hospital que tem que lidar com a perspectiva da morte de muitos



pacientes em seu dia a dia, é necessário que estes profissionais estejam preparados para oferecer a escuta necessária, um olhar de compreensão para com o paciente, nada mais que um processo de humanização (MOURA, 2012). Na ontologia Heideggeriana, a morte é um fenômeno da própria existência e não do fim dela. A morte configura-se como possibilidade autêntica do ser. Este ser é o homem entregue a seu destino. (MOURA, 2012).

Diante disso em pacientes internados na UTI, a sua doença não é um caminho negativo e por menos positivo que seja, deve ser observado como uma chance de constituir o seu autoconhecimento, (SELLI et al 2008). É um processo que leva o paciente a pensar em sua vida, sobre as coisas, uma maneira de enfrentar a sua situação. Se o paciente não souber trabalhar com sua própria dor ou o sofrimento perante ao seu internamento, tais sintomas podem surgir por este não ter um suporte adequado dos profissionais e da família para que se possa lidar com seus medos e angústias. (BARBOSA, et al, 2011). A consequência disso? Uma maneira mais inflexível de passar pelo estágio de raiva ou negação de sua doença.

Iniciaremos a seguir um tópico voltado aos estágios da morte eo morrer, para que possamos compreender fielmente as experiências nas quais os indivíduos em situação terminal acabam enfrentando durante este processo. Porém, todos os pacientes terminais automaticamente passam por todos estes estágios?

2.1.5 TRABALHANDO OS ESTÁGIOS DA MORTE E DO MORRER

Kluber-Ross (2005) aponta que muitos pacientes diante de um estado terminal vivenciam experiências semelhantes ao longo do processo do morrer, diante disso, apresentando os estágios de negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Nem todos estes pacientes chegam a passar por todos estes estágios e também não se segue esta dinâmica em todos os pacientes.

Para Kovács (2002, p.147) "a morte é a possibilidade mais peculiar, irrefutável e irrepresentável do ser. Dentro de todas as minhas possibilidades, já está presente a absoluta impossibilidade, de não estar mais aí". Então, quando este ser vai de encontro e cai sobre a finitude de sua existência isso irá gerar uma angústia enorme para ele, pois ele está mais perto da morte.

O não saber lidar com essa angústia, causa sofrimento em uma escala que aumenta consideravelmente a permanência da dor e com isso o aparecimento de novos sintomas podem



surgir. Esses podem ser controlados por meio de intervenções terapêuticas mas em um hospital esses recursos são limitados e muitas vezes ao se defrontar com esses novos sintomas o paciente acaba por passar atingindo o primeiro estágio, a raiva. "Quando a pessoa não consegue assimilar o que está vivenciando, fica com raiva por ser justamente com ela aquela realidade tão triste." (SILVA, 2007).

Essa crise existencial que o paciente vive causa raiva pois ele queria que fosse outra pessoa que estivesse ali no seu lugar, ele está longe de aceitar (ROBERTA, 2011). O paciente que aqui morre, gera uma aflição muito grande na família pois ainda não se há um preparo para a sua morte, muitas vezes esse sofrimento que o paciente tem passa a ser da família também, causando maior impacto na relação familiar com a situação.

No caso da barganha, Cogo (2010) explica que "nossa cultura não incorpora a morte como parte da vida, mas sim como castigo ou punição. A morte ganha contornos de finitude, causando ansiedade, angústia e medo. Morrer causa temor, é o desconhecido que está por vir", assim o paciente nesse contexto tenta falar com Deus ou com uma força superior visando sempre o prolongamento da sua vida. Para a maioria dos pacientes, lidar com a morte, o sofrimento, e a dor é sempre mais fácil.

Quando o paciente percebe que a barganha não resolve ele passa a questionar toda a sua existência e entra em um estado de depressão, ele começa a perceber que não dá para esconder sua doença, suas dores. Assim, é preciso compreender o quanto é importante discutir e falar sobre a morte entre os profissionais de saúde, criar maneiras mais humanizadas para que possa trabalhar com este paciente toda sua potencialidade, fazer com que ele não se entregue mas busque entender o que está acontecendo consigo mesmo.

Ao que tange a depressão, Lustosa e Medeiros (2011) citam que "o sofrimento psíquico é imenso pois começa a se esboçar o contato nítido com o início do fim. Sentimentos de culpa e insegurança, tristeza e pesar, retornam com maior intensidade". O perigo de não se trabalhar com o paciente nesta fase é o aparecimento de novas doenças devido a depressão, muitos morrem por se entregarem à morte, eles não querem mais viver. De acordo com Simonetti (2004), nesse momento o psicólogo hospitalar tem como foco não apenas o sofrimento perante ao adoecimento, como ainda afirma o autor (2004),

Além de considerar essas pessoas individualmente a psicologia hospitalar também se ocupa das relações entre elas, constituindo-se em uma verdadeira psicologia de ligação, com a função de facilitar os relacionamentos entre pacientes, familiares e médicos.

Caso o trabalho do psicólogo hospitalar tenha efeito sob o paciente, este passará para seu último estágio, porém, são muitas pessoas que morrem e não chegam a esse estágio, mas as que chegam nela, "não haverá mais raiva, nem depressão, pois se entende que ele já foi ouvido, já entendeu sua situação, já não pode mais ir contra seu destino. Todos os sentimentos supõe-se que já foram externalizados, então agora só apresenta expectativas. Não significa ser certo tipo de felicidade, mas uma fuga de sentimentos" (KUBLER-ROSS, p. 126, 1996). O que vemos aqui, não é uma pessoa que aceitou morrer mas sim uma pessoa que entendeu o propósito de sua vida, que não irá ter um aumento em seu sofrimento psíquico, ela não vai descontar mais na família suas angústias, suas raivas mas vai fazer com que o tempo ao lado dessas pessoas seja melhor aproveitado. A família vai estar mais preparada para a morte deste paciente do que em estágios anteriores (KUBLER-ROSS, 1996).

Diante dessa visão sobre a morte eo morrer, em alguns casos, a família tenta expor ao paciente que se ele lutar e resistir ele pode melhorar, esse pode ser um estágio extra, o da esperança. Muitas famílias se recusam a aceitar o que está acontecendo e isso implica no paciente, em seu sofrimento (KUBLER-ROSS, 2005). Não se sabe se será um sofrimento bom para que ele lute e melhore ou se o melhor seria deixá-lo partir.

Enfim, não deveríamos menosprezar que o paciente guarde uma tênue esperança de cura diante da morte iminente. [...] não está na natureza humana aceitar a morte sem deixar uma porta aberta para uma esperança qualquer. Portanto, não basta ouvir somente as comunicações verbais de nossos pacientes (KÜBLER-ROSS p. 130, 1996).

Na UTI e em outros setores do hospital e frente ao paciente em sofrimento, o papel da psicologia para Silva (2007) é, "compreender e atuar nos processos de perdas e morte já que a mesma é inerente à vida e infere diretamente nas estruturas psíquicas do paciente". Não se trata apenas de um paciente em estado terminal mas sim de todos aqueles que adentram no hospital, não importando a sua doença, mas sim trabalhar em como o sofrimento de estar internado causa esse impacto no paciente. Além dele, há a necessidade de que se trabalhe com a família, pois como visto

acima, muitos acreditam em uma melhora do paciente e a família acaba tendo muitas dificuldades na aceitação, prejudicando até o processo de aceitação do próprio paciente.

Para Lustosa e Medeiros (2011), a morte de um membro da família rompe o equilíbrio familiar, então com a possível morte do paciente, após a aceitação, o sistema familiar será afetado por vários fatores, a autora trás os mais significativos sendo: "o contexto social e étnico da morte; histórias de perdas anteriores; o timing da morte no ciclo da vida; a natureza da morte ou da doença grave; a posição e função da pessoa no sistema familiar; e a abertura do sistema familiar.

Trabalhar com a família sobre a relação dela com o paciente é significativo para uma maior preparação ou aceitação do que está por vir, mesmo que isso não signifique a morte em si, mas a morte-para-alguém. A Psicologia exerce uma função de acolhimento, entendimento, se as pessoas conversassem mais sobre a morte não haveria tanto temor por sua doença. Conforme Rodrigues (2013) "Esse profissional deve ter o foco no paciente, independentemente da abordagem ou da forma como conduzirá ou se portará diante do paciente, tem que se adequar a maneira que trará uma redução do medo, da ansiedade e da angústia desse paciente hospitalizado.

Selli (Et al, 2008) diz que "o exercício profissional precisa, para um atendimento integral a pessoa, reconhecer a especificidade de cada uma delas e integrar a seus saberes". Por esse modo, podemos entender que deve-se evitar o olhar puramente biológico com o paciente, deve-se voltar para a resolução do seu problema, trabalhar a doença como impacto de sofrimento psicológico, pois este é o que causa mais adoecimento ao paciente. A mesma autora ainda diz que no cuidado com o doente, deve-se falar a respeito de si e do significado que ele dá para o seu ser-no-mundo de agora em diante.

Uma das maiores causas do não aceitamento da dor e do sofrimento e da própria morte em alguns pacientes diante de sua doença é sim a forma como o profissional trata este em seu internamento, a dor aparece como algo que afeta o seu ser-no-mundo-com-os-outros, pois provoca mudança e isso interfere no seu dia a dia. Para Sanches e Boemer (2002), o ser-no-mundo do paciente para com sua família sobre modificações não seria apenas no contexto familiar mas sim no social em geral. Em suas falas, alguns pacientes citam que a dor os deixou impotentes, não há o que se fazer diante das perdas e muitas vezes no quadro que se encontra é impossível dar atenção a todos, quando na verdade eles deveriam dar atenção ao paciente.



Em um contexto permeado pelo sofrimento, este corporal e muitas vezes psicológico, ocorre o distanciamento do paciente cada vez mais dos outros. Sanches e Boemer (2002) acreditam que nenhuma pessoa existe sem a relação com o outro, muitas vezes a dor pode ser mal compreendida pelas pessoas, como no caso do estágio da esperança. "É essa esperança que vai sustentar todo o sofrimento sentido pelo paciente, bem como todo o tratamento realizado pela equipe técnica para o mesmo. Desse modo, ele pode até se submeter a servir de cobaia, caso haja descoberto algum tipo de cura". (SANTANA, et al, 2013). Muitas vezes a família não compreende esse sofrimento e quer que o paciente insista nisso, que busque uma cura e não desista.

Santana (et al, 2013) coloca que "Às doenças alteram a vida familiar, podem aparecer ressentimentos por conta das novas adaptações, como a mulher assumir negócios, dívidas, etc". Porém, é importante que as pessoas prossigam com suas vidas, que saibam cuidar de si e não se escravizem a cerca da rotina que se instala, se interromperem sua rotina, essa doença terá afetado várias pessoas, em vez de uma, neste caso o paciente.

O desamparo dos pacientes nos hospitais e de seus familiares nos leva a reflexão sobre o processo da humanização. "A situação de hospitalização passa a ser determinante de muitas situações que serão consideradas invasivas e abusivas na medida em que não respeitam os limites e imposições da pessoa hospitalizada" (ANGERAMI-CAMON, 2003, p. 3). O profissional de Psicologia deve entender e compreender o que o paciente quer compartilhar, o que ele quer falar, deve-se voltar o olhar há uma pessoa com dor, com sofrimento, existindo nesse mundo. Trabalhar o paciente resulta trabalhar a família também, ajudando a sua aceitação e trabalhando a aceitação perante a família sobre o que está acontecendo aqui. (SANCHES e BOEMER, 2002).

Silva (2007), afirma que cada paciente irá demandar do psicólogo uma postura diferenciada, algo de acordo com as necessidades desse paciente. Assim, o autor traz que o psicólogo deve:

Jamais subjugar o outro as suas próprias concepções ou desejos a respeito da vida. Portanto, é sensato e ético que as verdades e escolhas de vida sejam construídas pela própria pessoa. O psicólogo ajuda a revelar aquilo que até então se encontrava obscuro ou mal resolvido e somente a pessoa cabe escolher o que deseja fazer dela mesma [...]"(2007, p. 50).

Por Fim, Matos e Neto (2012),

O ser humano é dotado do sentimento de angústia que, durante o processo terapêutico, pode levá-lo a se posicionar diante de si mesmo e a se lançar em suas realizações. A negação ou a não aceitação desse sentimento, pode ser revertida em

sintomas, patologizando, assim, a negação do próprio eu. A existência humana é finita. O encontro com a morte é um fato inevitável. O que este estudo propõe para evitar um adoecimento diante da finitude do ser é tornar-se consciente do fato de que a própria existência implica a possibilidade do não existir, isto é, existência e finitude estão indissociavelmente ligadas (p.02).

A dor eo sofrimento do paciente dependerá do medo da morte e do morrer, de como isso é experienciado neste contexto. Em conjunto com o seu ser-no-mundo surge o ser-para-morte e isso implica em suas capacidades de enfrentamento disponíveis no momento (KOVACS, 1992). "Tratar de todas as dores de um paciente que sofre no corpo e na alma é a tarefa mais gratificante, as dificuldades são muitas e o desafio motiva; o resultado positivo é a maior alegria que se pode experimentar, seja com a alta ou óbito, pois de alguma forma houve nossa ajuda (MACIEL et al., 2007).

3. METODOLOGIA

A presente pesquisa se dá através da utilização de materiais já desenvolvidos, assumindo então o caráter de pesquisa bibliográfica, sendo esta segundo Gil (2002), constituída através da utilização de livros e artigos científicos, tendo como principais vantagens um vasto conteúdo disponível para pesquisa.

Esta pesquisa foi baseada em artigos e livros, alguns destes digitais, sendo que a consulta e procura destes materiais foram efetuadas através de mecanismos de pesquisas como o Google, Google Acadêmico, e PePSIC. Foram empregados nestes mecanismos de busca as expressões: "Humanização" "Humanização no contexto Hospitalar" "Atuação do Psicólogo Hospitalar" "Sobre a morte eo morrer" "Atuação do Psicólogo na UTI" "Psicologia Hospitalar", e assim selecionados então os artigos e livros que contemplavam os assuntos relacionados ao nosso trabalho e rejeitados em seguida os que não apresentavam as características as quais procuramos.

4. ANÁLISES E DISCUSSÕES

Após a leitura e elaboração do referencial teórico, foram evidenciados alguns pontos importantes a serem considerados, dentre eles a extrema necessidade do processo de humanização



hospitalar e como sua ausência acaba por deixar os indivíduos já fragilizados a mercê de um sofrimento psíquico que acomete ainda mais a sua enfermidade física. A necessidade de compreensão tanto do paciente quanto dos profissionais que integram esse processo junto a importância em enfatizar cada vez mais a necessidade de um tratamento digno e humanitário que respeite e siga as Políticas Nacionais de Humanização.

O modelo biomédico acaba por considerar a enfermidade do indivíduo como unicausal atrelada a um modelo mecanicista, muitas vezes excluindo outros fatores preponderantes na recuperação dos indivíduos hospitalizados, como elementos psíquicos. Elementos estes que se mostram cruciais durante o processo de recuperação, em uma situação de passividade e ausência de autonomia pois não é ele quem toma as decisões sobre o que será executado. Há aqui uma perda e ruptura do seu eu como um ser atuante, se tornando apenas mais um ser humano com defeitos biológicos.

A expressão de sentimentos se torna ainda mais necessária dentro do contexto da Unidade de Terapia intensiva (UTI), a sigla em si já assusta os pacientes e o medo da morte é cada vez maior. Conseguir tirá-los dessa passividade do tratamento onde ele apenas espera o que vai acontecer consigo mesmo e torná-lo um agente ativo neste processo, dono de si, e não apenas o indivíduo de algum leito ou o senhor com determinada enfermidade aumenta o seu protagonismo e o seu ser autônomo neste processo. Pois muitos deles se mostram entregues, senão a morte, as competências únicas e exclusivas de seu médico.

Fica claro que um dos aspectos mais importantes, senão o mais importante, fica deixado de lado, quando o indivíduo não se sente compreendido e não expressa seus desejos e necessidades seu corpo acaba falando por si mesmo, representando na forma de outros sintomas. Cada indivíduo é único e possui suas peculiaridades, porém a necessidade de uma assistência humanizada e integrada não apenas do psicólogo mas sim da equipe multidisciplinar é uma necessidade contínua.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência da morte para o paciente o coloca em uma posição de sofrimento psíquico intenso, e com isso é transferido ao corpo em forma de dor essas angústias que o mesmo tem nesse



contexto hospitalar. O processo da aceitação da dor não se dá pela possível cura mas sim que este paciente entenda o que se passa com ele, que a vida existe para a morte. A morte deveria ser trabalhada não apenas no contexto hospitalar mas sim como forma educativa para que as pessoas possam ter um entendimento e não temerem tanto esse processo de morrer.

Ao adentrar no contexto hospitalar, é realizado o atendimento psicológico, trabalhado com a família mas como vemos no decorrer deste artigo, pouco se falou sobre o trabalho com a equipe, oferece-se uma escuta de qualidade para o paciente e para a família mas a equipe profissional acaba sendo esquecida. Existe uma necessidade de pesquisas sobre como a equipe preparada com a intervenção do psicólogo pode ajudar no tratamento e no convívio com o paciente, sendo assim, quanto mais profissionais preparados maior será a qualidade do serviço oferecido por eles e menor será a dificuldade do paciente em lidar com a aceitação de sua estadia no âmbito hospitalar.

A humanização surge como um processo complexo e muitas vezes desperta insegurança e resistência por sua implementação, não envolve apenas os cuidados com o paciente mas sim fatores relacionados à própria equipe hospitalar, família, instituição e as políticas públicas de saúde e humanização. Cada âmbito hospitalar oferece sua forma singular de processo de humanização, para a aplicação e implementação de um processo mais humanizado deve-se valorizar a prática e gestão aplicada pelo SUS, fortalecer a equipe multiprofissional, construindo a autonomia e protagonismo dos sujeitos em relação ao processo de humanização.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI-CAMON, V. A. **E a Psicologia Entrou no Hospital**. São Paulo: Thomson Learning, 1996.

ANGERAMI-CAMON, V. A. **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003. Disponível em: http://livraria1.tempsite.ws/config/imagens_conteudo/pdf/8522107947_sumario1.pdf. Acessado em: 12.Jul.2017.

BACHELLAR, A; SIMIELI, J.X.R; FLOR, M.S. **Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível**. Rev. NUFEN vol.4 no.1 São Paulo jun. 2012.

BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; FILHO, W, D. L. **A humanização hospitalar como expressão da ética**. Rev. Latino-am enfermagem, Rio Grande. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a18> Acessado em: 14 jul. 2017.

BARBOSA, C. G. **A família e a morte: estudo fenomenológico com adolescentes, genitores e avós. Dissertação de Mestrado, Programa de PósGraduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem.** Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2010-2011.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do Sus.** Brasília. Ed. Ms 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf Acessado em: 14 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 1. ed. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde.** Projeto do curso de formação de apoiadores para a PNH. Brasília, 2006

CAETANO, J.A; ANDRADE, L.M; SOARES, E; PONTE, R.M. **Cuidado Humanizado em Terapia Intensiva: Um Estudo Reflexivo.** Esc Anna Nery R Enferm 2007 jun; 11 (2): 325 - 30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a22.pdf>. Acesso em: 25.Set.2017.

CAMPOS, T.C.P. **Psicologia Hospitalar: A Atuação do Psicólogo em Hospitais Gerais.** São Paulo: EPU, 1995.

CHIATTONE. H. B. de C. **Prática Hospitalar. In: Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar.** 08, 2003, São Paulo. Anais... São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia da Saúde e Hospitalar, 2003, p. 20 – 32. Disponível em . Acesso em 23 Jul. 2016.

COGO, A. S. **O psicólogo com atuação em emergências: experiência e significado.** São Paulo. 2010. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp145732.pdf>. Acessado em: 29.Jul.2016.

COSTA, S.C; FIGUEIREDO, R.M.B; SCHAURICH, D. **Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. Interface (Botucatu) vol.13 supl.1 Botucatu 2009.** Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500009. Acesso em: 25.Set.2017.

FELÍCIO, J. L.; PESSINI, LEO. **Bioética da proteção: Vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtorno mentais.** São Paulo: Revista Bioética, 2009. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/162/167 Acesso em: 28 set. 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** Sao Paulo: Ed. Atlas, 2002. Disponível em: https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf Acessado em: 26 set. 2017.

HERMES, H.R; LAMARCA, I.C.A. **Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde.** Ciênc. saúde coletiva vol.18 no.9 Rio de Janeiro Sept. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012 Acessado em: 13. Ago.2017

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. Editora Martins Fontes. São Paulo 1996.

Disponível em:

http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/medicina/sobre_a_morte_e_o_morrer.pdf. Acessado em: 12.Ago.2017

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. 8º ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

KOVÁCS, M.J. **A Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1992.

Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/6051152/maria-julia-kovacs-org-morte-e-desenvolvimento-humano--casa-do-psicologo-1992-2>. Acessado em: 12.Jul.2017.

KOVÁCS, M.J. **Educação para Morte**. 2005 Disponível em: pepsic.bvs.psi.org.br/scielo. Acesso em: 25. Jul. 2017

LUSTOSA, M.A.; MEDEIROS, L.A. **A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital**. Rev. SBPH vol.14 no.2 Rio de Janeiro dez. 2011. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200013. Acessado em: 10. Jul. 2017.

MACIEL, G. MOTA, G. PIMENTEL, S. **Tempo de Amor: a essência da vida na proximidade da morte**. São Paulo, Editora Difusão Paulista: 2007.

MATOS, F.S; NETO,R. **A angústia do ser humano de existir para a morte**. 2012. P.02.

Disponível em: <http://blog.newtonpaiva.br/psicologia/wp-content/uploads/2012/08/pdf-e2-18.pdf>
Acessado em: 25. Jul.2017.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VÉRAS, R. M. **Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar**. Maringá, 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a10> Acessado em: 14 jul. 2017.

MOURA, A.V.P. **Cuidados Paliativos e Ser-Para-Morte Reflexões Sobre um Atendimento Psicológico**. Natal. 2012

NEDER, M. **Psicologia Hospitalar. Teoria e Prática**. 2 Ed. Cengage CTP; 2009.

PORTO, G; LUSTOSA, M.A. **Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos**. Rev. SBPH vol.13 no.1 Rio de Janeiro jun. 2010. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100007 Acessado em: 13.Ago.2017.

ROBERTA, M. **Intervenção em Pacientes Terminais em uma Perspectiva Fenomenológica**. Campo Psi, 2011.

RODRIGUES, A.G. **Mudanças Psíquicas e Comportamentais em Pacientes Diagnosticados Como Terminais**. 2013. Disponível em: <https://psicologado.com/atuacao/tanatologia/mudancas-psiquicas-e-comportamentais-em-pacientes-diagnosticados-como-terminais> Acessado em: 25.Jul. 2017.

ROGERS, C. **Sobre o poder pessoal**. São Paulo: Martins fontes. 1976.

SANCHES, L.M.; BOEMER, M.R. **O Convívio com a Dor: Um enfoque existencial.** Ver. Esc Enferm USP 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000400013&lng=pt. Acessado em: 29.Jul.2017.

SANTANA, F; CORREIA, C.F; BRITO, M.V. **Sobre a Morte e o Morrer.** 2013. Disponível em: <https://psicologado.com/atuacao/psicologia-hospitalar/sobre-a-morte-e-o-morrer> Acessado em: 25.Jul.2017.

SELLI, L; JUNGUES, J.R; MENEGHEL, S; VIAL, A.E. **O cuidado na resignificação da vida diante da doença.** Ver. O Mundo da Saúde. São Paulo. 2008. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/58/85a90.pdf. Acessado em 11.Ago.2017.

SILVA, C.S **Contribuições da psicologia existencial no enfrentamento das perdas e da morte.** Itajaí. 2007. Disponível em: <http://siaibib01.univali.br/pdf/Cristiane%20Soletto%20da%20Silva.pdf>. Acessado em 26. Jul.2017.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar.** São Paulo: Casa do Psicólogo. 2007. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/17202523/manual-de-psicologia-hospitalar---o-mapa-da-doenca---alfredo-simonetti>. Acessado em: 12.Ago.2017.

VALVERDE, D.L.D. **O suporte psicológico e a criança hospitalizada: O impacto da hospitalização na criança e em seus familiares.** Psicologia PT. 2011. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0229.pdf> Acessado em: 13 Ago. 2017