

## **O QUE PODE A PSICOLOGIA HOSPITALAR DIANTE DA MORTE ENCEFÁLICA NA UTI: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

### **WHAT CAN HOSPITAL PSYCHOLOGY IN FACE OF BRAIN DEATH IN THE ICU: AN EXPERIENCE REPORT**

**NUEVO**, Ana Luísa Galvan<sup>1</sup>  
**ROCHA**, Taina Cavalcanti<sup>2</sup>

1. Psicóloga (UnB); Especialista em Urgência e Trauma (UniEvangélica/SES-GO). Contato: [ananuevo.psi@gmail.com](mailto:ananuevo.psi@gmail.com)

2. Psicóloga (PUC-GO); Mestra em Pesquisa e Clínica em Psicanálise (UERJ). Contato: [tainacrocha.psi@gmail.com](mailto:tainacrocha.psi@gmail.com)

#### **RESUMO**

**Introdução:** A morte encefálica tem como definição a completa e irreversível parada de todas as funções cerebrais e, no Brasil, isso significa morte legal. É um dos tipos de morte mais encontrados em UTIs de hospitais de Urgência e Emergência e os familiares de pacientes com esse possível diagnóstico devem ser acompanhados psicologicamente. **Objetivo:** Discutir a importância da escuta qualificada em psicologia e propor uma reflexão acerca do acompanhamento psicológico aos familiares dentro de um ambiente inóspito como a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) inserida num contexto de urgência e emergência, a partir de um relato de experiência. **Métodos:** Este estudo caracteriza-se como exploratório, de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, que tem como objetivo descrever uma dada experiência a fim de contribuir de forma relevante. **Descrição da experiência:** Paciente do sexo masculino, vinte e dois anos, admitido em UTI com hipótese diagnóstica inicial de morte encefálica. No total foram realizados quatro atendimentos aos seus familiares - pai e esposa - num período de quatro dias, entre a abertura e fechamento do protocolo. **Conclusão:** Foi visto que é possível realizar o acompanhamento psicológico proporcionando aos sujeitos envolvidos um lugar de construção de uma cadeia de significantes que propicie o estabelecimento de novos significados que, por sua vez, apontem saídas possíveis nesse contexto de morte inesperada.

**Palavras-chave:** UTI; Morte encefálica; Morte; Luto; Família.

## ABSTRACT

**Introduction:** Brain death is defined as the complete and irreversible halt of all brain functions and, in Brazil, this means legal death. It is one of the most common types of death found in ICUs of Urgency and Emergency hospitals and the relatives of patients with this possible diagnosis must be monitored psychologically. **Objective:** To discuss the importance of qualified listening in psychology and to propose a reflection on the psychological accompaniment to family members in an inhospitable environment such as the Intensive Care Unit (ICU) inserted in a context of urgency and emergency, from an experience report. **Methods:** This study is characterized as an exploratory, qualitative approach of, the type of experience report, that aims to describe a given experience in order to contribute in a relevant way. **Description of the experience:** Male patient, twenty-two years old, admitted to the ICU with initial diagnosis of brain death. In total four visits were made to their family members - father and wife - in a four-day period, between opening and closing the protocol. **Conclusion:** It was seen that it is possible to carry out psychological monitoring by providing the subjects involved with a place to build a chain of signifiers that allows the establishment of new meanings that, in turn, point to possible ways out in this context of unexpected death.

**Keywords:** ICU; Brain death; Death; Bereavement; Family.

## INTRODUÇÃO

O trabalho do psicólogo no hospital é recente e, de início, tem como propósito dar vazão às angústias que sondam o sujeito que está adoecido fisicamente. O sujeito, contudo, não está inserido sozinho nesse contexto. Com ele está a sua família e, ademais, a equipe de saúde que está lhe prestando os devidos cuidados. Como menciona Simonetti<sup>1</sup>, “[...] a psicologia hospitalar define como objeto não apenas a dor do paciente, mas a angústia declarada da família, a angústia disfarçada da equipe e a angústia geralmente negada dos médicos”. Lidar com um evento inesperado, seja ele uma doença ou um acidente, envolve, para além da perda física, um movimento subjetivo de perda, que obriga o indivíduo e sua família a voltar-se para si e pensar sobre sua vida e, possivelmente, sobre sua morte.

Os cenários de urgência e emergência, em sua maioria, trazem à tona a morte inesperada, escancaram uma situação imprevista e deslocam o indivíduo e/ou sua família a redefinir o mundo em que pode estar para deixá-lo. Neste ambiente, o trabalho do psicólogo é acolher os sentimentos e emoções que perpassam esse momento de ruptura com o cotidiano, a partir da escuta da urgência subjetiva que atravessa esse contexto.

Belaga<sup>2</sup> traz o conceito de urgência subjetiva como a demanda de todo paciente em situação de crise; essa crise traz uma irrupção de algo que pode ser chamado de traumático. O paciente e sua família inseridos na rede de urgência e emergência podem perder o seu referencial, podem sentir-se desamparados. O paciente acaba por deixar a posição de sujeito, passando a ser objeto, imposto pela equipe que lhe presta os cuidados<sup>3</sup>. Ao psicólogo cabe oferecer um espaço de escuta no meio do caos, a fim de ressignificar o momento de sofrimento.

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) fazem parte da Rede de Urgência e Emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) e são ambientes totalmente equipados com as tecnologias mais avançadas a fim de preservar a vida ao máximo. Nessas unidades são tratados os casos mais graves, os quais necessitam de maiores investimentos para a manutenção do melhor estado de saúde; chegam, também, vítimas dos mais variados traumas (acidentes automobilísticos, acidentes de trabalho, atropelamento, etc), assim como vítimas de doenças oportunas e de acidentes vasculares.

Por tratar de casos extremamente graves, a UTI pode ser considerada uma fronteira entre a vida e a morte e, por mais que se saiba que a morte faz parte da vida, ela sempre acaba surpreendendo a quem tem que lidar com ela. Como menciona Pessini<sup>4</sup>: “a morte é um encontro não planejado, que visita o sujeito de forma silenciosa e mansa, através de perdas de entes queridos obrigando a refletir sobre a própria vida finita”. A partir de casos graves derivados dos traumas já citados, pode haver a possibilidade de morte encefálica, um tipo de morte que tem bastante ocorrência nas mais variadas Unidades de Terapia Intensiva da maioria dos hospitais. Uma morte que tem como principais características o inesperado, o inusitado e o surpreendente.

No mundo ocidental, o conceito de morte está enraizado em fortes influências históricas culturais em que se estabelece o coração como órgão sede da alma e que designa a respiração como processo vital fundamental<sup>5</sup>. Dessa forma, o diagnóstico médico tradicional de morte também foi dominado por esses conceitos antigos, ressaltando a ausência de função cardiocirculatória e respiratória como premissa básica para o diagnóstico de morte.

Foi apenas nos anos 1960 que os profissionais médicos e biólogos começaram a fazer relatos de casos de coma sem resposta<sup>6</sup>, situações nas quais o paciente encontra-se respirando por aparelhos, mantendo frequência cardíaca estável, porém, sem apresentar consciência, em um estado profundo de não despertar irreversível, devido a possíveis acometimentos neurológicos. Apesar dos relatos desses casos os critérios diagnósticos para morte encefálica foram delineados somente nos anos 1980<sup>6</sup>.

A morte encefálica (ME) representa o estado clínico irreversível em que funções cerebrais e do tronco encefálico estão irremediavelmente comprometidos, baseando-se na presença concomitante de coma sem resposta ao estímulo externo<sup>6</sup>. No Brasil, a ME é definida como a constatação irreversível da lesão nervosa central e significa morte, seja clínica, legal e/ou social<sup>7</sup>. Segundo a Resolução do Conselho Federal de Medicina Brasileiro n.º 2.173/2017, é obrigatória a realização mínima de dois exames clínicos que confirmem coma não perceptivo e ausência de função do tronco encefálico: 1) o teste de apneia que confirme ausência de movimentos respiratórios após estimulação máxima dos centros respiratórios; 2) um exame complementar que comprove ausência de atividade encefálica para determinação da ME. Esses exames não são simples e dependem de critérios como temperatura adequada e resultados laboratoriais para início da abertura de protocolo de morte encefálica.

Um cenário bastante recorrente em UTIs é de pacientes admitidos após acidentes automobilísticos que derivaram em trauma cranioencefálico (TCE) grave, acarretando uma lesão extensa no cérebro, levando, por parte dos médicos, a uma hipótese de ME. E, antes da abertura do protocolo, a família deve ser avisada; logo, os entes queridos do paciente devem lidar com a possibilidade de morte e o processo moroso que pode ser o dinamismo de um protocolo para definição de ME.

Em um hospital de urgências e emergências situado em Goiânia, Estado de Goiás, o fluxo de atendimentos para pacientes acidentados que necessitam de assistência tecnológica para manutenção da vida inicia-se no pronto socorro, onde são realizadas as primeiras manobras de sustentação da vida. Em seguida, o paciente é encaminhado a uma Unidade de Terapia Intensiva e lá é realizada a sua admissão e são levantadas as possíveis hipóteses de diagnósticos. Quando a ME é sugerida, durante a visita dos familiares ao paciente, o médico deve avisar à família a gravidade do quadro e relatar a abertura do protocolo de diagnóstico para tal acometimento. Em toda a conversa entre médico e familiares o psicólogo está presente e cabe a ele auxiliar a família no entendimento do quadro de saúde do paciente e ajudar a iniciar o processo de elaboração do momento vivenciado.

Em muitas situações já ocorridas no hospital citado, o protocolo chega a durar de 3 a 5 dias, devido ao não preenchimento de certos critérios em exames para dar prosseguimento ao protocolo de diagnóstico de ME e, dessa forma, parâmetros devem ser reajustados para que novos exames sejam feitos para adequação ao protocolo e finalização do mesmo. Todo esse momento vivenciado pela família pode ser traumático, pois ela tem de lidar com um processo de morte que tradicionalmente não é considerado natural. Ao mesmo tempo tem que lidar com o seu próprio conhecimento acerca da delimitação entre a vida e a morte, pois ao visitar o paciente na UTI, ele ainda respira, ainda que por aparelhos, e seu coração ainda bate. Como deve ser para a família ter que suportar a despedida de um corpo que para eles ainda respira?

Diante de tal questionamento, o presente estudo versa sobre uma experiência clínica de uma psicóloga residente no acompanhamento de uma família que vivenciou uma perda inesperada: um rapaz vítima de ME, aos 22 anos. Entre a abertura e fechamento do protocolo para ME, totalizaram-se quatro dias, durante os quais a psicóloga pesquisadora teve contato integral com a família do paciente em todos os momentos em que os mesmos o visitavam e conversavam com o médico a respeito do quadro clínico. Nesses momentos com a família possibilitou-se o atendimento psicológico, cujo principal objetivo era o acolhimento do sofrimento esperado pelo momento e o oferecimento de técnicas psicológicas a fim de melhor elaborar o processo de morte.

## **MÉTODO**

O presente estudo caracteriza-se como exploratório, de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, que tem como objetivo descrever uma dada experiência a fim de contribuir de forma relevante. É a descrição de uma vivência profissional tida como exitosa ou não, mas que contribua com a discussão, a troca e a proposição de ideias para a melhoria do cuidado na saúde<sup>8</sup>. A partir deste relato de experiência, visa-se promover uma reflexão sobre uma escuta e um acolhimento de qualidade às famílias cujos entes venham a ser vítimas de uma ME.

Para Gil<sup>9</sup> o “estudo exploratório tem a finalidade de desenvolver e esclarecer ideias, no intuito de proporcionar uma visão geral acerca de um determinado fato” e a pesquisa qualitativa tem como foco o caráter subjetivo do objeto estudado, buscando compreender, com profundidade, fenômenos complexos de natureza social e cultural.

Por fim, com o intuito de descrever de forma sintética a experiência da psicóloga residente e de promover uma aproximação teórico-prática, o relato foi dividido em cinco categorias: identificação da experiência; a abertura de protocolo e o primeiro atendimento psicológico; o atendimento psicológico com a esposa; o atendimento psicológico com o pai; e o fechamento do protocolo e a finalização do acompanhamento psicológico.

### **Descrição da experiência**

Este estudo faz parte da conclusão do Programa de Residência Multiprofissional da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO) que se constitui como modalidade de ensino de pós-graduação *Lato Sensu* em regime de tempo integral e dedicação exclusiva. Assemelha-se a um curso de especialização com ênfase na prática, sendo uma educação em serviço em que os residentes desempenham uma carga semanal de sessenta horas.

A subárea de especialização desta Residência é a clínica de Urgência e Trauma e o local de trabalho é um hospital no Estado de Goiás, referência no atendimento dos mais variados casos que envolvem

a clínica supracitada como: acidentes automobilísticos, acidentes vasculares cerebrais e traumatismos cranioencefálicos. Os profissionais residentes de psicologia realizam rodízios nos setores do hospital, permanecendo em média sessenta dias entre pronto socorro, enfermarias e UTIs.

Durante o rodízio na Unidade de Terapia Intensiva neurológica do hospital, a psicóloga residente pôde acompanhar diversos casos de morte encefálica e um deles foi escolhido para este relato de experiência. A UTI referida possui 14 leitos divididos em dois lados (A e B); cada lado possui uma equipe que conta com um médico, um enfermeiro, três técnicos de enfermagem, uma fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, uma nutricionista e uma psicóloga.

A psicóloga residente realizou sessenta horas semanais nesta UTI por dois meses e seu trabalho envolvia estimular cognitiva e afetivamente os pacientes em sedação ou coma, realizar atendimento psicológico aos pacientes que se encontravam conscientes, acolher as famílias dos pacientes internados, atender as demandas emocionais trazidas por eles e realizar o acompanhamento psicológico durante as visitas diárias dos familiares. Nesse momento era ofertado um espaço de escuta e de incentivo às trocas de dúvidas mediadas entre o médico e os familiares para facilitar a compreensão dos diagnósticos e prognósticos.

O trabalho feito pela psicóloga residente até fevereiro de 2020, em pacientes com quadros clínicos que evoluíram para a hipótese de ME, na maioria das vezes, seguia a seguinte organização: após o levantamento da hipótese pelas equipes médica e multiprofissional o familiar era avisado na visita seguinte. Em uma sala reservada, os familiares eram abordados pelo médico em conjunto com a psicóloga e a hipótese era mencionada, assim como eram dadas as explicações a respeito do que é a morte encefálica e quais os procedimentos são realizados para a abertura e fechamento do protocolo. Logo em seguida, era dado o espaço para o início da elaboração do luto. Após essa primeira reunião, a família era acompanhada diariamente pela psicóloga durante as visitas na unidade para que acontecesse a escuta de suas demandas emocionais e o suporte psicológico fosse ofertado até o fechamento do diagnóstico.

Após esse breve resumo do trabalho exercido pela psicóloga na Unidade de Terapia Intensiva neurológica será abordado com mais detalhes um acompanhamento psicológico realizado pela profissional em janeiro de 2020.

### **Identificação da experiência**

W.S. tinha 22 anos e foi admitido na UTI neurológica após um acidente motociclístico que lhe gerou um traumatismo cranioencefálico grave. Era natural do Pará e havia se mudado há um ano acompanhado de sua esposa com o objetivo de conseguir melhores oportunidades de emprego. Após o acidente, a sua esposa avisou aos sogros, que vieram de sua terra natal para poder acompanhar de perto a situação de saúde de seu filho. No primeiro dia de internação na unidade já foi levantada a hipótese de ME e, dessa forma, no primeiro dia de visitas para a família de W.S. foi realizada a reunião para informar a abertura de protocolo de ME.

Em outras palavras, para além da dor e angústia de se ter um ente querido internado em uma Unidade de Terapia Intensiva, após um sério acidente, a possibilidade de morte, que antes poderia existir apenas no imaginário daquela família, começava a se concretizar. Nessa situação, na qual houve um acidente que abruptamente distanciou a pessoa amada do convívio de sua família e foi colocada numa UTI exposta aos diversos mecanismos hospitalares, é esperado um movimento de desestabilização emocional por parte da família que vivencia tal experiência, pois a mesma é privada do cuidado e da atenção ao enfermo e está sujeita a sequelas emocionais importantes<sup>1º</sup>.

### **A abertura de protocolo e o primeiro atendimento psicológico**

Entre a abertura e fechamento de protocolo totalizaram-se quatro dias e em todos esses dias estiveram presentes a esposa, o pai e a mãe do paciente. No primeiro dia de visita, o médico intensivista mencionou a possibilidade de ME e explicou com detalhes como seria o protocolo a ser aplicado. Os três familiares demonstraram estar prestando atenção enquanto o médico falava e, a princípio, não apresentaram dúvidas, não manifestaram choro ou qualquer outro sentimento naquele momento.

Segundo Vieira e Marques<sup>1º</sup> a desestabilização psíquica causa tensão, medo, desequilíbrio e assemelha-se a um desmoronamento emocional; a fim de conter esse desmoronamento, os primeiros recursos do sujeito são o grito e, logo, a palavra. Após dadas as explicações acerca do quadro clínico, o médico saiu e a psicóloga deu o espaço para que os familiares pudessem exprimir os sentimentos que pareciam estar guardando para si mesmos; diante do sofrimento escancarado proveniente do sentimento desse não saber sobre a morte, coube à psicóloga possibilitar um espaço para a expressão inicial dos sujeitos ali presentes para que pudessem se reorganizar psiquicamente.

A mãe, em todo o seu desespero, retirou-se do local optando por não ser acompanhada psicologicamente. Restaram à esposa e ao pai do paciente, que compartilharam o sentimento de angústia diante da não certeza da perda, um sentimento de vida pausada. Ambos tiveram dificuldades de traduzir em palavras o que estavam sentindo, pois para uma situação nunca vivida ou imaginada, faltaram representações que os possibilitassem significantizá-la<sup>1º</sup>. Porém, neste primeiro atendimento foi possível oferecer um espaço de escuta para que aquela família pudesse expressar seus sentimentos, através do corpo e do silêncio e, assim, foi iniciado o processo de dar significantes àquela situação vivenciada.

### **O atendimento psicológico com a esposa**

A esposa de W.S. esteve presente em todas as visitas à unidade e, dessa forma, recebeu atendimento psicológico diário. Nos primeiros dias os sentimentos que ela manifestou foram culpa e impotência. A culpa por se colocar no lugar de quem provocou o acidente do marido, pois o mesmo se acidentou após deixá-la em seu local de trabalho e a impotência por não poder oferecer os cuidados necessários. Essa culpa também envolvia a dificuldade em não conseguir estar presente emocionalmente em todos os momentos da internação com seu marido. A hipótese de ME provocou uma sensação de vida em suspensão, logo, a esposa trazia sentimentos antes jamais experienciados, pois a angústia fez emergir dúvidas se o último momento que compartilhou com o seu marido foi aquele prévio ao acidente, antes

de deixá-la no trabalho, já que aquele corpo internado estaria morto e ela estaria velando um morto vivo, uma vez que ainda estaria respirando por aparelhos.

Pisetta<sup>11</sup> define a angústia como sendo aquilo do qual “não se tem significantes que simbolizem o buraco no real”. O trabalho da psicóloga nessa situação foi de pincelar o indizível na tentativa de fazer com que a esposa lidasse com a falta provocada pela possibilidade da perda de seu objeto de amor<sup>12</sup>, ou seja, que a possibilidade de que seu esposo estivesse morto era grande.

A partir dessa possibilidade, a esposa deu início ao seu processo de ressignificação da vida que levava com W.S. Ela trouxe sobre a possibilidade do acidente ter acontecido devido à falta de prudência do esposo, já que ele tinha um histórico de direção perigosa e hábitos de apostar rachas em ruas vazias. Logo, a partir da responsabilização de seus significantes para aquele acidente, a esposa conseguiu iniciar o processo de separação do outro, se diferenciando nesta situação para poder suportar aquele momento inicial do luto.

### **O atendimento psicológico com o pai**

O pai de W.S. também esteve presente todos os dias, durante o período de visitas, entre a abertura e fechamento do protocolo. Em todos os atendimentos, o familiar manteve-se reflexivo acerca da vida do paciente. Como escreve Silva<sup>13</sup> “o final de uma existência é um fenômeno carregado de significados” e falar sobre a morte é pensar sobre a vida. Foi o que fez o pai de W.S., a fim de dar significado àquele momento no qual o diagnóstico de ME ainda não havia sido confirmado e, como já citado anteriormente, a sensação que permeia é de vida em suspensão, a estratégia do familiar foi de falar sobre a vida de seu filho.

O pai relatou sobre a história de adoção do filho e como este teve a chance de uma segunda vida ainda bebê, após sobreviver a uma doença grave que quase o levou a óbito. A forma que o familiar encontrou para validar a possibilidade da morte em uma idade tão jovem, que vai de encontro com o ciclo em que seu filho estaria vivendo, foi de trazer uma sequela emocional, uma experiência já vivida

e ressignificá-la para o momento, ou seja, o pai entendeu que o filho conseguiu viver a vida que ele deveria ter vivido. Após chegar a essa conclusão, o pai não falou mais nada, entrou em silêncio e assim permaneceu.

### **O fechamento do protocolo e a finalização do acompanhamento psicológico**

Durante os quatro dias, em todos os atendimentos, o objetivo da psicóloga residente era de dar voz àquela família que perdeu o seu equilíbrio após o acidente e a notícia de hipótese de ME. A proposta dos atendimentos era permitir que cada sujeito, membro daquela família, aparecesse. O espaço de escuta e fala foi ofertado, houve trocas e as elaborações daquele momento foram iniciadas, porém, também houve silêncio. E, como Vieira e Marques<sup>1º</sup> pontuam, “não há nada que dê conta da morte: aos familiares é permitido falar sobre os medos que envolvem o momento que estão vivendo mesmo que para isso eles silenciem, pois até o silêncio quer dizer alguma coisa”. Em algumas práticas o silêncio é ensurdecedor e preenchido por palavras e aconselhamentos que nenhum benefício traz. Desta forma, um dos objetivos da psicóloga, para além de dar espaço à fala, foi de dar espaço ao silêncio.

Além do espaço ao silêncio, a psicóloga incentivou um momento de despedida para que ajudasse no início da elaboração do luto. A esposa e o pai de W.S. escolheram a comunicação verbal através de pedidos de perdão e agradecimentos.

O fechamento do protocolo foi dado no quarto e último dia; a psicóloga acompanhou o médico na comunicação do óbito e finalizou o suporte psicológico oferecido. Foram entregues encaminhamentos psicológicos para que os familiares dessem continuidade aos acompanhamentos.

### **DISCUSSÃO**

No contexto clínico da lida com a urgência e o trauma, a psicóloga residente pode receber, acolher e acompanhar diversos casos de acidentes que mobilizam os sujeitos internados no referido hospital,

assim como em seus familiares, o sentimento de rompimento com o corpo e sua história. O hospital traz o inesperado, o trágico e o indesejado.

A maioria dos envolvidos não consegue identificar e dar significado a esse contexto de proximidade com o trauma - a morte - e, dessa forma, aparece o sentimento de angústia. Na família deste relato de experiência não foi diferente. A angústia foi o principal sentimento manifestado, assim como em outras famílias que possuem um ente querido internado com a hipótese de morte encefálica.

As internações em consequência de um acidente trazem à tona a vulnerabilidade da vida e isso gera incômodo: a possibilidade de morte gera movimentações acerca da própria vida e do viver. Não obstante, o sentimento de vida em suspensão, que é posto pela ME, promove um encontro traumático entre relações que existiam e que podem não existir mais a partir de um evento provocado pelas circunstâncias do próprio viver<sup>14</sup>.

O caso de W.S. permitiu a reflexão à sua família de um histórico de comportamentos de risco que o levaram à internação em decorrência de um acidente que provocou um traumatismo cranioencefálico. Tanto a esposa quanto o pai trouxeram falas sobre a história de vida do paciente e manifestaram sentimentos sobre o confronto entre a vida e a morte. O sofrimento e a angústia decorrentes da constatação desse caráter finito da vida foram encaminhados pela fala a partir do espaço oferecido pela psicóloga inserida nesse local/lugar.

Sônia Leite<sup>15</sup>, em seu livro *Angústia*, discute a noção deste termo como o encontro com o nada: o *desconhecido*. E isso não seria a própria morte encefálica? Voltar o olhar a um corpo quente que respira, contudo, não mais vivo. Uma situação totalmente desconhecida e sem precedentes para aquele familiar que vê o seu afeto dessa forma, uma situação sem sentido e sem significantes. Por mais que a morte seja um tabu até os dias de hoje e, assim, talvez permaneça, já que ela imprime no sujeito seu mais íntimo estranho<sup>16</sup>, entende-se que a morte seja, primeiramente, a cessação do bater do coração e do respirar.

A ME provoca um caráter de indeterminação e, como diria Heidegger<sup>17</sup>, “a angústia é sempre angústia *diante de*, mas não angústia diante disto ou aquilo, especificamente”, ou seja, há uma impossibilidade de determinar a morte, já conhecida culturalmente. Logo, a angústia também se dá diante dessa suspensão da vida culturalmente incompreendida. Percebe-se no relato que os familiares de W.S, após receberem a notícia da hipótese de ME e abertura do protocolo, ficaram impactados, desesperados e totalmente desorganizados: sentimentos gerados a partir do desconhecido e do escancaramento com o inesperado e o finito.

Ao se deparar com a iminência da finitude, o psicólogo deve questionar o que é mais urgente para aquela família: a reorganização psíquica a fim de promover um espaço em que os entes pudessem pensar e falar. O pensar na morte e na sua irreversibilidade. Além disso, oferecer significantes para ancorar a subjetividade daquele momento<sup>17</sup>. Por fim, a preparação para a elaboração do luto e os rituais de despedida devem ser um dos objetivos do atendimento psicológico nesse momento.

Segundo Carnaúba *et al.*<sup>18</sup>, se a morte ocorre de maneira brusca e inesperada, há uma potencialidade de desorganização, paralisção e impotência; esse tipo de morte representa um risco especial para a saúde mental, mesmo na ausência de vulnerabilidade. Parkes<sup>19</sup> relata que a combinação de morte repentina, inesperada e precoce, com toda a raiva que a segue, pode levar a família ao estresse podendo gerar problemas psicológicos duradouros. Segundo ele, a morte física não ocorre ao mesmo tempo que a morte social, cujo processo leva tempo e, em situações traumáticas, pode gerar dificuldades no processo do luto. Para muitos enlutados, somente o ritual do funeral lhes trouxe a realidade do que de fato aconteceu, expressando uma situação finalizadora.

O acidente de W.S. foi abrupto e a hipótese de ME gerou em seus familiares a sensação de perda repentina acarretando sentimentos de raiva e indignação. Nesse caso houve um desvio do processo normal do luto, experienciando a perda de forma intensa e limitante. Houve um rompimento de vínculo entre W.S. e sua esposa e entre W.S. e seu pai. Freud<sup>12</sup> afirma que um sofrimento gerado pelo

rompimento da vida, isto é, o luto, é determinado por um período e será superado no tempo do sujeito, assim que ele voltar a sua atenção ao mundo externo novamente.

A assistência psicológica à família de W.S. durou quatro atendimentos no total, foi um início importante para o processo de elaboração do luto, pois promoveu reflexões acerca da importância de W.S. e seu significado nas relações com seus familiares. Esse processo foi crucial para que seus entes começassem a entender que ele estaria indo embora e, dessa forma, conseguissem se despedir com amor, respeitando e dando dignidade à história de vida de W.S. Como foi um processo inicial de elaboração, os familiares foram encaminhados à Rede de Saúde Mental para dar continuidade no acompanhamento psicológico.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Desde a notícia do quadro clínico de W.S. e do diagnóstico de ME, foi observado que é imprescindível o acompanhamento psicológico aos familiares durante todo o processo para poder dar espaço às manifestações psicológicas desses entes, a fim de dar início ao processo de elaboração do luto, como discutido anteriormente.

Torres e Lage<sup>20</sup> afirmam que a experiência de luto da família inicia-se com a vivência do impacto da tragédia e o conhecimento das informações do que causou o agravamento do quadro clínico. Tal experiência pode contribuir para que a família encontre recursos para enfrentar a situação do óbito. Bousso<sup>21</sup> afirma que “quando a família avalia a incerteza como algo insuportável na experiência, utiliza-se de estratégias a fim de reduzi-la”.

Na abertura de protocolo para ME é importante o psicólogo estar junto, pois essa possibilidade de diagnóstico é exposta de forma súbita e os familiares não entendem o que estão vivenciando, por isso a necessidade do espaço de fala para a expressão de dúvidas e sentimentos que aparecem, ofertando a possibilidade de preparação para a morte do ente querido.

Segundo Worden<sup>22</sup>, durante o período de antecipação da morte, as tarefas do luto podem ser iniciadas: os familiares podem realizar um luto antecipatório que apresenta um caráter saudável para o processo de luto. Às vésperas do fechamento do protocolo e o estabelecimento do diagnóstico, o psicólogo pode proporcionar à família um momento de despedida.

Lisbôa e Crepaldi<sup>23</sup> mencionam que “aproximar a família da pessoa que está morrendo, resolver crises de vida, melhorar o funcionamento emocional da família, dissolver sentimento de culpa e remorso e prestar uma última homenagem ao familiar que está morrendo” é uma possibilidade para este momento e pode proporcionar a preparação dos familiares para a morte do paciente.

Para finalizar, por meio da interação junto à família e em local adequado, a ME deve ser comunicada por um médico e o protocolo indica a fundamental presença do psicólogo nesta etapa: após a comunicação da má notícia, a família deve ser acolhida, cuidada, escutada, enfim, deve-se partilhar esse momento com a família e estabelecer a relação de ajuda.

Nesse relato de experiência foi visto que, mesmo em um ambiente inóspito como é a UTI, é possível realizar o acompanhamento psicológico proporcionando aos sujeitos envolvidos um lugar de construção de uma cadeia de significantes que propicie o estabelecimento de novos significados que, por sua vez, apontem saídas possíveis nesse contexto de urgência e trauma<sup>24</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Simonetti A. Manual de psicologia hospitalar. 8ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2016. p.20.
2. Calazans R, Bastos A. Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. [Internet]. Rev Latinoam Psicopat Fund. São Paulo. Dezembro 2008 [acesso 24 de janeiro de 2021];11(4):640-652. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n4/v11n4a10.pdf>
3. Vieira MC. Atuação da psicologia hospitalar na medicina de urgência e emergência. [Internet]. Rev Bras Clin Med. São Paulo. Dezembro 2010 [acesso em 24 de janeiro de 2021];8(6):513-9. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n6/a1602>

4. Pessini L. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. [Internet]. Rev Bioética. São Paulo. 2016 [acesso em 24 de janeiro de 2021];24(1):54-63. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n1/1983-8034-bioet-24-1-0054.pdf>
5. Dantas FVP, Sardinha LAC, Falcão ALE, Araújo S, Terzi RGG, Damasceno BP. Dos conceitos de morte aos critérios para o diagnóstico de morte encefálica. [Internet]. Arq Neuro-Psiq. Campinas. 1996 [acesso 24 de janeiro de 2021];54(4):705-710. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/anp/v54n4/25.pdf>
6. Morato EG. Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico e atualização. [Internet]. Rev Med de MG. Belo Horizonte. Setembro 2009 [acesso em 24 de janeiro de 2021];19(3): 227-236. Disponível em <http://rmmg.org/artigo/detalhes/428>
7. Rodrigues CFA, Stychnicki AS, Boccalon B, Cezar GS. Morte encefálica, uma certeza? O conceito de "morte cerebral" como critério de morte. [Internet]. Rev Bioethikos. São Paulo. Julho 2013 [acesso em 24 de janeiro de 2021];7(3):271-281 Disponível em <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/105/1811.pdf>
8. Daltro MR, Faria AA. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. [Internet]. Estudos e Pesquisas em Psic. Rio de Janeiro. Janeiro a abril 2019 [acesso em 24 de janeiro de 2021];19(1):223-237. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v19n1/v19n1a13.pdf>
9. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2008. p.27.
10. Vieira CAL, Marques GH. Morte, angústia e família: considerações psicanalíticas a partir da Unidade de Terapia Intensiva. [Internet]. Psicanálise & Barroco em revista. Ceará. Julho 2012 [acesso em 24 de janeiro de 2021];10(1):97-108. Disponível em <http://www.seer.unirio.br/index.php/psicanalise-barroco/article/view/8714/7410>
11. Pisetta MAAM. Angústia e demanda de análise: reflexões sobre a psicanálise no hospital. [Internet]. Bol de Psic. Rio de Janeiro. 2008 [acesso em 24 de janeiro de 2021];58(129):171-183. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v58n129/v58n129a05.pdf>
12. Freud S. Luto e Melancolia. 1ª ed. São Paulo. Lebooks; 2020.
13. Silva ASA. Sussurros ao falar a morte: a significação da morte na senescência. [Internet]. Kairós: Gerontologia. São Paulo. Agosto 2012 [acesso em 24 de janeiro de 2021];15(4):273-294. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/15102/12637>
14. Moreira JO. A alteridade no enlaçamento social: uma leitura sobre o texto freudiano "O mal-estar na civilização". [Internet]. Estudos de Psicologia. Belo Horizonte. 2005 [acesso em 21 de

janeiro de 2021];10(2):287-297. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/epsic/v10n2/a16v10n2.pdf>

15. Leite S. Angústia. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2011.

16. Freud S. O estranho familiar: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. 1ª ed. Rio de Janeiro: Imago; 1919/2006.

17. Peralva ELM. O confronto com a finitude na clínica hospitalar: da morte como limite à urgência da vida. [Internet]. Práxis e Formação. Rio de Janeiro. 2008 [acesso em 24 de janeiro de 2021];1:65-72. Disponível em <http://www.praxiseformacao.uerj.br/revistaXI/pdf/a0607ar11.pdf>

18. Carnaúba RA, Pelizzari CCAS, Cunha SA. Luto em situações de morte inesperada. [Internet]. Rev Psique. Juiz de Fora. Agosto/Dezembro 2016 [acesso em 24 de janeiro de 2021];1(2):43-51. Disponível em <https://seer.cesjf.br/index.php/psq/article/view/945>

19. Parkes CM. Luto – Estudos sobre a perda na vida adulta. (Tradução de Maria Helena Franco Bromberg). 3ª ed. São Paulo: Summus.

20. Torres JC, Lage AMV. Manifestações psicológicas de familiares com pacientes em morte encefálica. [Internet]. Rev de Psi. Fortaleza. Janeiro/Junho 2013 [acesso em 24 de janeiro de 2021];4(1):38-51. Disponível em:

[http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/17814/1/2013\\_art\\_jctorresamvlage.pdf](http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/17814/1/2013_art_jctorresamvlage.pdf)

21. Bousso RS. O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva. [Internet]. Texto & Contexto-Enfermagem. Florianópolis. Janeiro/Março 2008 [acesso em 24 de janeiro de 2021];17(1):45-54. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/05.pdf>

22. Worden JW. Terapia do Luto: manual para o profissional de saúde mental. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

23. Lisbôa ML, Crepaldi MA. Ritual de despedida em familiares de pacientes com prognóstico reservado. [Internet]. Rev Paidéia. Santa Catarina. 2003 [acesso em 24 de janeiro de 2021];13(25):97-109. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/paideia/v13n25/09.pdf>

24. Netto MVRF. O Analista na Unidade de Tratamento Intensivo: Um Retorno a Freud. [Internet]. Psicanálise & Barroco em Revista. Juiz de Fora. Dezembro 2009 [acesso em 24 de janeiro de 2021];7(2):103-117. Disponível em <http://seer.unirio.br/index.php/psicanalise-barroco/article/view/8797/7492>