

3. A Morte e Doença Oncológica

“Só uma coisa me apavora A esta hora, a toda a hora: É que verei a morte frente a frente Inevitavelmente”.

Fernando Pessoa (1908:134)

“ Entrais no meu quarto com a medicação, para me medir a tensão. Não vos ides embora, esperai.

Tudo o que eu desejaria saber é se alguém estará aqui comigo para me dar a mão quando tiver necessidade. Tenho medo!

A morte pode converter-se numa rotina para vós, mas é nova para mim.

Talvez não me considerem um caso único, mas para mim é a primeira vez que estou a morrer, a única vez.”

Redrado (1983:41)

3.1. Morte e o Luto

“ (...) a mais possível de todas as nossas possibilidades” (Heidegger *in* Oliveira 1999:21).

Na baixa Idade Média, as condições de vida eram bastante difíceis ou penosas, e sobreviver em cada novo dia constituía um feito. A pessoa sabia o que a esperava, aceitando naturalmente a morte, sem desprezo, horror, orgulho ou desespero.

A partir da segunda Idade Média (entre os sécs. XII e XIV), ela voltou-se no momento em que, à luz da consciência do moribundo, todas as particularidades da sua vida são analisadas, contadas, pesadas, escritas e julgadas, daí resultando a salvação ou condenação da sua alma.

Na Época Moderna, apesar de se manter quase todo o cerimonial tradicional, a morte é aliada ao imagético-simbólico e ao erotismo, exprimindo a ruptura com a ordem habitual. A partir do séc. XVIII, o que é verdadeiramente receado não é a própria morte mas sim a separação, não admitida, de um ente próximo, a morte do outro. O Homem distanciou-se da morte e esta tornou-se mais dramática.

No séc. XIX a morte aparecia em todo o lado. No luto, no culto da recordação e nas peregrinações aos grandes cemitérios.

Na nossa época, a morte tornou-se interdita e ninguém a deve referir ou valorizar. Age-se como se a morte só sucedesse aos outros.

“Admite-se claramente a possibilidade de o ser humano vir a poder conservar o seu corpo vivo durante muitos mais e bons anos, e eventualmente tornar-se imortal” (Oliveira 1999:21).

A partir do momento em que o Homem se sente controlador do universo, pergunta “por que não controlar a vida? (Hanan, 1991:71).

3.1.1.

A Morte

A morte é de fato um tabu na sociedade e é evitada ao máximo a sua abordagem. Ao falar sobre ela, acredita-se que possa chegar mais rápido.

Vários autores dedicaram-se ao estudo do tabu com que a morte é encarada.

Alguns exemplos podem observar-se em:

Elias:

“As atitudes defensivas e o embaraço com que, hoje as pessoas muitas vezes reagem a encontros com moribundos e com a morte são comparáveis às reações das pessoas a encontros abertos com aspectos da vida sexual na era

vitoriana”(Elias,2001:52).

Oliveira:

“Se até meados do séc. XIX a atitude perante a morte mudou muito lentamente, a partir dos anos 30 e principalmente desde 1950, a revolução de idéias e sentimentos foi de tal modo brutal que a morte se tornou verdadeiramente vergonhosa, não familiar e interdita, ocupando o lugar antes destinado ao sexo”(Gorer *in* Oliveira, 1999:52-53).

Rebello:

“A morte continua a ser um tabu da sociedade. Talvez mesmo, o último que ainda persiste, depois de tantos outros já terem sido arredados do nosso dia a dia” (Rebello, 2006:38).

O que acontece é que não se pára para refletir sobre a morte, para a discutir, para pensar sobre a vida que terminará para todos. Sobre ela praticamente nada se diz. Desta forma tentar-se negar a sua realidade.

“O interdito da morte terá surgido nos EUA, no início do séc. XX para preservar o estado de ventura e não ferir a sociedade” (Oliveira, 1999:56).

“A morte (...) é empurrada para os bastidores da vida social (...). Para os próprios moribundos, isso significa que eles também são empurrados para os bastidores, são isolados” (Elias, 2001:19).

Elias (2001), entre outros, faz pensar que realmente está-se a viver numa época individualista, como já antes tinha referido.

A hipervalorização que na última década se tem dado ao aspecto exterior do corpo, à beleza física, à extrema magreza como sinónimo de elegância, à malhação etc., tem feito com que os indivíduos deixem para segundo plano o aspecto principal, o interior; a mente e o coração.

Esta visão narcisista do EU, focalizada no corpo e na aparência dificulta a aceitação, em primeiro lugar, do envelhecimento da fragilidade e depois da morte.

A doença e a morte vêm deturpar esta nova realidade do belo e da perfeição.

Isso se contrapõe a outras “maneiras fáceis e pacíficas de morrer”, através da amizade e o fim do constrangimento social que cerca a esfera da morte (Elias, 2001:77). No entanto, esse mesmo autor, ressalta que as atitudes que hoje prevalecem em relação aos moribundos e à morte não são inalteráveis nem

acidentais. “São peculiaridades de sociedades num estágio particular de desenvolvimento e, portanto com uma estrutura particular” (Elias, 2001: 97).

Esta afirmação remete para uma comparação do antigamente e dos nossos dias.

Antes, os membros da família se reuniam em torno do moribundo, traziam comida, davam os remédios, limpavam e lavavam o paciente, e como diz o autor,

“ (...) trazendo sujeira das ruas para o leito do paciente, cuidando dele sem lavar as mãos. Possivelmente apressam o fim, pois nada disto é muito higiênico. Possivelmente a sua presença adia a morte, pois pode ser uma das grandes alegrias dos moribundos estarem cercados por parentes e amigos – última prova de amor, último sinal de que significam alguma coisa para os outros (...) essa afirmação mútua das pessoas (...) desempenha um papel central na atribuição de significado e sentido de realização para uma vida humana – afeição recíproca por assim dizer, até ao fim” (Elias, 2001:99-100).

A morte trocou o lar pela azáfama do hospital, perdeu o carácter cerimonial e envolveu-se num fenómeno técnico, com frequência ocultado até ao limite, e vivido pelo próprio em solidão.

Todos evitam aludir à morte ou a quem está a morrer, imperando um silêncio sepulcral, que atinge a equipe hospitalar, a família, os amigos e a sociedade.

Ninguém prepara as pessoas para olhar a morte de frente, o maior desafio da vida. E o que acontece quando ela chega é que está-se desprevenido e apavorado.

Aprende-se a reconhecer as coisas boas da vida, as que dão prazer, a conviver com o agradável, a lutar pela felicidade e jovialidade, mas nunca se é levado a refletir a morte.

Relativamente aos nossos dias, Elias é enfático que hoje sabe-se como aliviar as dores da morte em alguns casos; angústias de culpa são mais plenamente recalçadas e talvez dominadas. Grupos religiosos são menos capazes de assegurar sua dominação pelo medo do inferno. Mas o envolvimento dos outros na morte de um indivíduo diminuiu (Elias, 2001).

A morte de que não se fala, é um acontecimento terrível e negativo que vem perturbar o curso normal do bem-estar na vida. É encarada como um fracasso perante os meios técnicos e o saber científico hoje existentes e torna-se, além de acontecimento medonho, um objeto de demasiado pudor, às vezes mesmo de vergonha.

O não falar, o esconder, o mascarar, vão levar a um problema cada vez mais atual; a dessocialização da morte e conseqüentemente do moribundo.

Esta dessocialização começa no momento em que o moribundo deixa de morrer em casa como acontecia até há umas décadas atrás, e passa a morrer no hospital ou noutras instituições, tantas vezes sozinho atrás de uma cortina numa enfermaria, num quarto solitário ou no meio de incompreensíveis aparelhos num Centro de Tratamento Intensivo (CTI), sem ninguém com quem partilhar o medo, a dúvida, a angústia ou a paz. Qualquer sentimento que urge partilhar. E pior ainda, tantas vezes sem poder fazer um último pedido, expressar um último desejo ou deixar uma simples mensagem.

As estatísticas a nível da Europa falam hoje em 70% a 90% das mortes em instituições hospitalares (*in* Jornal de TV portuguesa, 2006).

Morrer hoje em dia tornou-se um momento solitário, pouco humano e demasiado triste para que pensemos nele.

Kubler-Ross (1998) questiona sobre o que será de uma sociedade que concentra mais o seu valor nos números e nas massas do que no indivíduo.

No que concerne a soluções para humanizar a sociedade, nomeadamente em relação à finitude humana a autora diz que se todos pudessem começar admitindo a possibilidade da própria morte, poderia-se concretizar muitas coisas, situando-se entre as mais importantes o bem estar dos pacientes, das famílias e talvez até do país.

O supra citado Norbert Elias (2001:17) diz que “a visão de uma pessoa moribunda abala as fantasias defensivas que as pessoas constroem como uma muralha contra a idéia de sua própria morte (...) e “o contato muito próximo com moribundos ameaça o sonho acalentado.”

Ou seja, na perspectiva desse autor, a morte representa medo e temor para as pessoas, logo elas se afastam dos que estão para morrer, acalentando a fantasia de uma possível imortalidade.

Em épocas mais antigas, é bom lembrar, morrer era uma questão muito mais pública do que hoje.

A solenidade com que os funerais e túmulos são cercados, a idéia de que deve haver silêncio em torno deles, de que se deve falar em voz abafada nos cemitérios para evitar perturbar a paz dos mortos – tudo isso são realmente formas de distanciar os vivos dos mortos, meios de manter à distância uma sensação de ameaça (Elias, 2001:40).

Hennezel, classifica a visão que se tem hoje da morte de “pobre”, e considera que nestes tempos de progresso, o homem com pressa de existir, pareça esquecer que chegará ao fim. “Ignoram que, desse modo, secam uma fonte essencial do gosto de viver” (Hennezel, 2005:7).

Outra defesa que as pessoas julgam ser positiva no debate desse fenômeno é proteger as crianças de tudo o que diga respeito à morte e a moribundos.

Kubler-Ross (2003), afirma que:

“Se nós adultos, fôssemos mais honestos, em vez de transformarmos a morte num incrível pesadelo, poderíamos transmitir as nossas crianças em que situação estamos e o que sentimos. (...) se não tentássemos poupar nossas crianças das tormentas da vida, mas em vez disso, compartilhássemos com elas, então as crianças da próxima geração não teriam tantos problemas com relação à morte e ao morrer” (Kubler-Ross, 2003: 32).

Com o mesmo ponto de vista, Elias (2001) declara que:

“As crianças podem crescer sem nunca terem visto um cadáver. Em estágios anteriores de desenvolvimento o espetáculo de cadáveres era muito mais comum. Desde então, o aumento da expectativa de vida tornou a morte mais distante dos jovens e dos vivos em geral” (Elias, 2001:97).

Ainda sobre o tema de esconder a morte das crianças e jovens, Silva (2003:117) refere que “morre-se mais no hospital que em casa. A falta de familiaridade com a morte é um fenômeno geral e é frequente atingir-se a idade adulta sem ter visto ninguém morrer”.

Kubler-Ross fala acerca do pensamento que todos têm escondido na sua cabeça, sobre a imortalidade. A fantasia de se ser eterno!

“Em nosso inconsciente, não podemos conceber nossa própria morte, mas acreditamos em nossa imortalidade. Contudo, podemos aceitar a morte do próximo, e as notícias do número dos que morrem nas guerras, nas batalhas e nas auto-estradas só confirmam a crença inconsciente em nossa imortalidade, fazendo com que – no mais recôndito de nosso inconsciente – nos alegremos com um “ainda bem que não fui eu” (Kubler-Ross, 1998:18).

No entanto, quando se vê pessoas queridas e amadas partir, tem-se a certeza que também vai se deixar este mundo, quem sabe para entrar noutra.

A dificuldade está em acabar com o temor que a morte implica e o terror que ela envolve no ser humano.

Criou-se o estigma de que não se deve emocionar em público, nem tampouco chorar. Uma demonstração de desgosto e angústia provoca repugnância na sociedade. “É de má educação ou fruto de desarranjo mental” Silva (2003:117).

E mais uma vez este autor refere o fato de se achar que “não se deve” chorar e exteriorizar emoções, mesmo no seio familiar, precisamente para não impressionar as crianças.

Num inquérito realizado em França acerca de exteriorização de sentimentos de tristeza, Silva (2003:117) concluiu que 51% dos inquiridos referiu que andar de luto é ridículo e quando questionados acerca de demonstrações de desgosto, 62% responderam que não é normal e coloca as pessoas que os rodeiam pouco à vontade.

Entretanto, o sofrimento não é vergonhoso; pelo contrário constitui uma oportunidade de aprendizagem (Oliveira, 1999:146).

Hennezel (2005:95) diz acerca do tempo que se vive antes da morte que:

“ (...) não é, como tão frequentemente supomos, um tempo absurdo, desprovido de sentido. Sem diminuir a dor de um percurso feito de lutos, de renúncias, gostaria de mostrar quanto o tempo que precede a morte pode ser simultaneamente o de uma realização da pessoa e da transformação do que a rodeia. Muitas coisas podem ainda ser vividas. A um nível mais subtil, mais interior, no modo como nos relacionamos com os outros. Quando nada mais resta fazer, podemos ainda amar e sermos amados, e muitos moribundos, no instante de deixarem a vida, nos têm lançado esta mensagem pungente: não passem ao largo da vida, não passem ao largo do amor.”

Pode até parecer uma concepção de morte incomum, talvez otimista, quanto muito, diferente. Mas foi a que mais se aproximou do que quero extrair deste estudo. A possibilidade de tornar o fim da vida, uma transição sem sofrimento para o ser humano.

Para isso, faz-se necessária a “construção de novas representações da morte, significadas e valorizadas positivamente, a partir de sua aceitação como um processo natural” (Menezes, 2004:162).

Essa mesma autora em sua pesquisa concluiu que “ (...) morrer com dignidade é morrer com menos sofrimento possível em todas as áreas que compõem o todo do ser humano”.

Nessa mesma obra, se encontram as definições de “boa morte” para os profissionais que lidam com a finitude humana. Assim, lê-se em Menezes (2004) que para o assistente social, “ a boa morte ocorre desde que o paciente não tenha tido nenhum problema que deixou para trás sem zerar, porque isto faz parte de morrer bem” (Menezes, 2004:179).

Já para um médico, “boa morte” seria, “consequência da boa qualidade de vida no último período da vida, no qual o próprio enfermo deve ser a autoridade máxima a decidir sobre o que comer, em que local e por quem deseja ser cuidado” (Menezes, 2004:178).

Por outro lado, os assistentes sociais classificam uma má morte como sendo: “Morrer com culpa e com raiva da doença”, e na visão dos médicos “ quando não se tem direito a coisas básicas: alívio da dor, dos sofrimentos etc...)”.

Sodré (2002:145), refere que “a vida não pode ter fim e se tiver, não pode ser com dor ou sofrimento. Não pode carregar mágoas ou rancor. Essa é a boa morte ou a morte digna.”

Para Ingrid Esslinger (*in* Pessini e Bertachini 2004:157),

“Cada época tem como parâmetro uma forma de morte que parece ser a mais desejada. Na sociedade do século XX, a morte sem dor, rápida, de preferência durante o sono, é a que prevalece em termos de desejo; a morte temida é a demorada, com intensa dor e sofrimento.”

A crise contemporânea da morte é, em suma, a crise da vida da qual ninguém se pode apartar. Na realidade, mesmo que se queira afastar a morte para longe, ela mantém-se perto. O melhor é olhá-la de frente. Empenhar-se de corpo e alma no presente e confiar no futuro.

“É sobretudo porque estamos vivos e porque pensamos a morte como oposta à vida que rejeitamos e afastamos aquela, como se nos fosse estranha e não nos dissesse respeito. Enquanto vivos nunca experimentamos a nossa própria morte” Neves (1996:8). “Esta só acontece uma vez a cada pessoa, e é vivida e sentida apenas pela pessoa que morre. Assim sendo, nunca podemos pensá-la como uma

experiência que já fizemos, mas apenas como a morte dos outros, uma vez que não temos o sentimento nem de morrer nem de estar morto”, Heidegger (1996:19). Com efeito, toda a morte é única, solitária, pessoal e intransmissível.

Tal como diz Neto (2004) não é possível saber o que acontece depois da morte. O desafio é não se deixar afundar pelo medo, a fim de se viver a passagem para o desconhecido da melhor forma possível.

Mas afinal porque custa tanto falar e enfrentar a morte?

No entender de Rebelo (2006), trata-se da vinculação que une as pessoas umas às outras. Sabe-se que não se está sozinho pois para o autor a vinculação proporciona conforto e estabilidade. Por outro lado, a ameaça da quebra da vinculação estimula a ansiedade.

Se por qualquer razão se dá efetivamente essa quebra, os sentimentos que surgem correspondem ao grau de intimidade com a pessoa.

Antes de se criar uma vinculação com um paciente doente terminal tem-se que fazer uma introspecção visando atitudes futuras.

Atitude, à semelhança de muitos outros conceitos nas ciências humanas e sociais é ambígua. De fato, todos tem e adoptam posições frente a determinados acontecimentos sociais. Todos dão uma resposta pessoal valorativa e afectiva aos objetos à sua volta, sejam eles, pessoas reais ou imaginárias, acontecimentos concretos ou abstratos. Deste modo, tomam-se atitudes perante qualquer classe de objeto social.

Neste sentido, Canut *et al.* (2000:30), referem que “as atitudes significam a organização dos sentimentos, das crenças e dos valores, assim como a predisposição da pessoa para se comportar de determinada maneira”. As atitudes são, deste modo, uma determinante muito importante na orientação e adaptação do ser humano ao ambiente social, dado que representam o aspecto fundamental entre as capacidades de perceber, sentir e empreender da pessoa, ao mesmo tempo que ostentam e dão significado à sua existência.

Seguindo a mesma idéia, Vala e Monteiro (2002), definem a atitude como sendo uma predisposição para responder de uma forma favorável ou desfavorável a um objeto, pessoa, instituição ou acontecimento.

Tomar uma atitude implica estar pronto a responder de uma determinada maneira perante um objeto social. Traduz a existência de motivação e atuação para se

aproximar, afastar ou evitar o objeto social. Assim sendo, cada pessoa pode adquirir atitudes distintas face a uma mesma situação ou objeto.

Canut *et al.* (2000), referem que a capacidade que a pessoa tem de fazer uma auto-análise, de avaliar as suas atitudes e a congruência das suas componentes (cognitiva, afetiva e comportamental) possibilita uma relação saudável com os outros. O fato de o indivíduo poder expressar os seus valores, crenças e opiniões por meio de atitudes ajuda-o a resolver conflitos internos e a desenvolver a capacidade de adaptação. Tais situações ajudam o ser humano a viver em coerência consigo próprio e com aqueles que são objeto do seu cuidado.

Ainda para Canut *et al.* (2000:35), de um modo geral, “uma pessoa não pode ajudar a outra a expressar os seus valores, sem antes ter feito uma reflexão sobre os seus próprios valores”. Do mesmo modo, não pode tentar mudar uma atitude prejudicial de uma pessoa, sem antes ter analisado, se alguma das suas atitudes é também extrema. Não se pode compreender uma atitude defensiva perante um acontecimento penoso, sem antes conhecer quais são os pontos sensíveis de si mesmo que não se deseja conhecer.

Ao profissional de saúde é pedida agora uma nova atitude. Durante muito tempo a sua função acabava quando se chegava ao ponto de “já não há mais nada a fazer”. Agora espera-se mais... Há muito a fazer depois de já não haver mais nada a fazer, porque a vida está presente.

É importante lembrar que se as pessoas tomassem consciência da morte, poderiam levar uma vida mais calma, intensa, tolerável, feliz e plena de sentido. É necessário falar naturalmente da morte, das atitudes a ter e do modo a atuar, individual e socialmente.

A consciência da morte ajuda a valorizar a vida, a valorizar a própria existência e a dos outros. Cada ser humano é insubstituível e incomparável.

Essa consciencialização tem de passar obrigatoriamente pelos profissionais que lidam com a saúde, a doença e a morte, pois nascer e morrer são etapas da vida em que todos necessitam de ajuda de outrem, e este é o primeiro passo para que se seja melhor na ajuda a oferecer aos moribundos.

A conquista da intimidade com a morte permitirá chegar-se mais fundo na vida.

“É a vida que dá sentido à morte; é a morte que culmina uma história e glorifica a vida” (Oliveira 1999:181).

“O medo de nossa própria transitoriedade é amenizado com a ajuda de uma fantasia coletiva de vida eterna em outro lugar” (Elias, 2001:44).

Há quem diga que quem acredita numa vida ou em vidas para além da morte poderá passar por este mundo como uma etapa numa viagem mais longa, mas certamente mais feliz.

Kubler-Ross (2003:106) parece não ter a menor dúvida dessa outra vida mas é determinante ao afirmar que “ talvez nos últimos cem anos um número cada vez menor de pessoas de fato saiba que existe vida após a morte do nosso corpo físico”.

Ela justifica sua certeza com a espiritualidade, pois considera que existe uma consciência de que há algo bem maior do que nós, algo que criou este universo, algo que criou a vida.

3.1.2.

O Luto

Quando ocorre a perda de alguém muito querido, com quem sentia-se profundo vínculo, entra-se num processo denominado de luto.

O luto é uma experiência angustiante mas comum. Mais cedo ou mais tarde todos hão de passar por a perda de alguém que se ama muito.

No trabalho de um aluno (não identificado) de graduação de uma Universidade de Lisboa (in www.fct.unl.pt/aluno/licenciatura/apa/luto.html acessado em 18/12/2006), pode ler-se o seguinte:

“ No nosso dia-a-dia falamos e pensamos muito pouco acerca da morte, talvez porque hoje em dia nos deparamos com ela com menos frequência do que os nossos avós. Para eles, a morte de um irmão ou irmã, amigo ou familiar era uma experiência comum nos seus primeiros anos de vida ou durante a sua adolescência. Para nós, estas perdas acontecem geralmente mais tarde na nossa vida. Talvez por isso não tenhamos a hipótese de aprender a lidar com o luto – como nos faz sentir, o que devemos fazer, o que é "normal" acontecer – e de o aceitar”.

Assim, as crianças tornam-se adultos despreparados para enfrentar a morte que tanto está desvanecida das conversas do cotidiano.

O processo de luto dá-se sempre que há uma perda, mas principalmente depois de perder alguém que se ama. Não se trata de um único sentimento, mas de um conjunto de sentimentos que necessitam de algum tempo para ser resolvidos e

que não devem ser apressados. Apesar de cada pessoa ser diferente, a forma como se experiêcia o luto é muito semelhante na maior parte dos humanos. Embora o luto se dê geralmente depois de se perder alguém importante que era conhecido há algum tempo, o mesmo poderá surgir noutras ocasiões, como por exemplo depois de um aborto, com o nascimento de um nato morto ou quando se perde um filho muito precocemente.

A família e os amigos podem ajudar a pessoa em luto passando tempo com ela. Não se trata de falar sobre o sucedido, mas antes de estar com ela e demonstrar que se está presente para o que for necessário neste período de dor e tristeza. É importante que a pessoa em luto, se necessitar, tenha alguém com quem chorar e falar sobre a perda sentida, sem que o receptor lhe esteja permanentemente a dizer para se recompor e refazer a sua vida. Com o tempo, ela recompor-se-á, mas antes disso terá de chorar a pessoa perdida e de falar sobre ela. Algumas pessoas terão dificuldade em perceber porque é que ela se mantém sempre no mesmo assunto, ao invés de o ultrapassar. O fato é que este processo deve incluir estas fases porque só dessa maneira poderá ser vencido. Só desta forma a pessoa em luto terá a oportunidade de dizer o que deseja e como se sente.

Datas importantes (o dia do aniversário, do casamento etc.) poderão ser particularmente difíceis de reviver e pôr a pessoa em luto a participar ativamente na preparação de tais celebrações poderá ajudá-la a não se sentir tão sozinha. É importante dar o tempo necessário à pessoa em luto para que o possa ultrapassar, pois de outra forma poderá vir a ter problemas no futuro.

De acordo com a teoria de Parkes (1972) sobre o luto, o sofrimento é, pela sua natureza, um processo complexo, individual, social, interativo, físico, emocional e ambiental.

O investigador disse que o “processo de luto, é na vida, uma transição importante manifestada por entorpecimento, saudade, desorganização e reorganização” (Parkes, 1972:449).

Refere os fatores a serem considerados no trabalho terapêutico com a família dos enlutados, uma vez que estes podem atuar dificultando ou favorecendo os processos de luto:

- Crenças religiosas acerca da morte; Rituais do luto e da morte; Costumes do luto; Natureza da ligação com o morto; Prática da criação das crianças levando a vínculos mais ou menos seguros.

Em 1917, Freud escreve *Luto e Melancolia*, texto de psicanálise em que diz que “o luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante” (Freud *in* Oliveira, 2001:95).

Não recomenda nenhum tratamento especial ao enlutado, porque não se trata de um doente, apenas de uma pessoa em sofrimento. E acrescenta que “o tempo encarregar-se-á de curá-lo desse estado” (Freud *in* Oliveira, 2001:96).

O enlutado terá de retirar os investimentos do objeto, porque a realidade lho tirou. O objeto já não existe. Está morto.

A perda do objeto é consciente por parte do enlutado. O mundo está vazio para ele.

Kubler-Ross afirma que se os profissionais tolerarem a raiva da família após a perda do ente querido, “quer seja dirigida a nós ou ao falecido, ou contra Deus, teremos ajudado a darem passos largos na aceitação sem culpa” (Kubler-Ross, 1998:185).

Rebelo (2006) expressa sua triste experiência pessoal. Perdeu de uma só vez a mulher e as duas filhas.

Na sua emotiva mas muito didática obra (*Desatar o Nó do Luto*, 2006) descreve sobre o tempo do luto.

No seu entender o processo de luto é mediado entre a perda e a reabilitação para a vida e exige um período de demora, que pode estender-se mais ou menos tempo, conforme a vinculação existente.

Diz que o luto tem de ser vivido na sua duração plena, o que engloba que todas as tristezas e lágrimas sejam choradas sem repressões. Todas as dores precisam de ser curadas e as memórias revertidas, todos os vínculos reassumidos. “Só assim recuperaremos a paz de espírito, uma tranquilidade íntima, indispensável para prosseguir a vida na sua plenitude” (Rebelo, 2006:56).

O mesmo autor revela que o luto a nível clínico se expressa em todas as vertentes, começando pelos sentimentos, seguindo pelo corpo e terminando nas atitudes.

Ao nível de sentimentos menciona a tristeza, a raiva, a culpa, a ansiedade, a solidão, o choque, o desamparo, a emancipação, o alívio e o estarecimento, dentre outros.

Ao nível das sensações do corpo, refere um vazio no estômago, aperto no peito, o nó na garganta, a hipersensibilidade ao barulho, falta de ar, fraqueza muscular e falta de energia.

Ao nível do comportamento demonstra haver distúrbios de sono e de apetite, esquecimento, isolamento face à sociedade, sonhos com a pessoa que faleceu, evitamento de coisas que a façam lembrar, a procura e o chamamento dessa mesma pessoa.

Das coisas que mais se questiona sobre o luto e que já aqui foi aludido, é a duração que leva a superá-lo.

Pois bem, Rebelo diz que a profundidade e duração do período de luto depende de alguns fatores, sendo eles: o grau de vinculação que se tinha com a pessoa perdida; a personalidade, particularmente a gestão de emoções; o apoio humano de que se dispõe; o nível de aceitação social à expressão das manifestações do luto.

No entanto especifica o prazo de um ano, pois é “o período admissível para o luto, já que esse é o ciclo em que ocorrem todos os eventos naturais e sociais e que ao fim de o percorrer sem o ente querido completaríamos o tempo do luto.” (Rebelo, 2006:60)

Ajudar uma pessoa em luto passa por ouvir vezes sem conta a mesma frase, angústia, ou choro. Ouvir sem preconceitos e sem censurar as palavras e os atos proferidos, “mesmo que às vezes se mostrem provocatórios”.

É importante que se saiba que existem grupos de entre ajuda para pessoas em luto.

Pela troca de experiências, as pessoas sentem que não estão sozinhas no sofrimento e o comportamento estranho que estavam a sentir, afinal é normal durante este período.

Apesar de ter-se aqui descrito a importância do apoio e ajuda, não se pode esquecer que o processo de luto é muito particular, muito privado, principalmente se o enlutado tinha um grande vínculo com a pessoa falecida.

Rebello afirma que no seu interior, a pessoa enlutada sabe que não pode negar a realidade toda a vida, “ e quando nos apercebemos que atingimos o extremo do sofrimento e que, a partir de então a dor começa a extinguir-se lentamente até que, de súbito, desaparece” (Rebello, 2006:73).

3.2.

Doença Oncológica e Doente Oncológico

3.2.1.

Doença oncológica

Existem diversas definições de câncer sendo um termo usado alternadamente como tumor maligno, neoplasia ou doença oncológica.

Segundo o INCA (Instituto Nacional de Câncer) do Rio de Janeiro,

“Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo.

Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas. Por outro lado, um tumor benigno significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida” (<http://www.inca.gov.br/>- acessado em 18/09/2006).

BRUNNER e SUDDARTH (1993) referem que se deve considerar o câncer como um processo patológico que começa quando células normais do organismo originam células anormais por mecanismos de transformação pouco compreendidos. À medida que a doença progride, essas células anormais proliferam ainda restritas a uma pequena área. Entretanto, ocorre um estágio no qual as células adquirem características invasivas, aparecendo alterações nos tecidos adjacentes. As células infiltram esses tecidos e ganham acesso a vasos linfáticos e sanguíneos surgindo, então, metástases em outras partes do corpo. Embora o processo patológico possa ser descrito nos termos genéricos usados acima, deve-se salientar que o câncer não é uma doença única com apenas uma causa, ou seja, é um grupo de enfermidades

diversas com diferentes causas, manifestações, tratamentos e prognósticos afetando os seres humanos onde quer que vivam e seja qual for a sua raça, cor, passado cultural ou situação econômica.

Esta doença pode significar a morte para algumas pessoas, mutilação para outras, e está sempre associada a medo, ansiedade e angústia para quem recebe um diagnóstico de câncer e, conseqüentemente, da sua família e grupo de amigos. As histórias que rodeiam a doença oncológica maligna, muitas vezes centradas na sua incurabilidade, ajudam a aumentar os sentimentos de frustração, falta de esperança e medo.

O doente, por vezes, durante a evolução da doença, mesmo na fase considerada terminal recusa de uma forma mais ou menos nítida a sua morte sempre na esperança de um medicamento novo, de uma cura milagrosa ou através do recurso a terapêuticas alternativas.

Lobo Antunes no prefácio da obra do médico brasileiro Drauzio Varella (2006), explica que:

“O cancro é uma doença diferente das outras. Palpa-se, mede-se conhece-se o aspecto, vê-se crescer. Muitas vezes não é guerrilheiro emboscado, mas inimigo à vista, como nas cruzadas. No TAC ou na ressonância magnética ganha dimensão e fisionomia. Em pouco tempo conhece-se o seu carácter, indolente ou agressivo, susceptível a ser chamado à razão, ou irascível (...) O cancro parece vindo do exterior, instala-se estranho como um invasor. No fundo, é infecção vinda de dentro” (Lobo Antunes *in* Varella, 2006:14).

Novamente Lobo Antunes dá o seu conceito sobre a doença oncológica, mostrando uma perspectiva tecnicista ao avaliar as suas perdas profissionais, como “vergonhosas derrotas”.

“ A vida no hospital oncológico é uma vida de combate, em que saímos, todos os dias, derrotados. A mais vergonhosa e dolorosa das derrotas, que é não conseguir cumprir a promessa nunca formulada, mas sempre implícita, de transportar para margem segura, quem em nós confiou e depositou esperança” (Lobo Antunes *in* Varella, 2006:12).

A doença oncológica é um dos maiores flagelos da atualidade. Representa a segunda causa de morte em Portugal (Sapeta 2004:15) e apesar de toda a evolução

científica e tecnológica, das formas de prevenção e tratamento, continua a ter uma representação social negativa associada à dor, à morte e ao sofrimento.

Constitui-se assim uma experiência de alienação em que se passa a habitar num mundo completamente estranho ao normal, vivenciando uma série de situações possíveis, tais como; trocar a casa pelo hospital, exames a toda a hora, alteração do aspecto físico, e a tranquilidade emocional é invadida.

Infelizmente, muitas vezes está perto de cada um de nós, quer através de familiares, amigos ou simplesmente conhecidos.

A vivência da morte varia de sociedade para sociedade, de cultura para cultura, de família para família e de indivíduo para indivíduo pelo que a reação à ideia de aproximação da morte é diferente de caso para caso.

A doença oncológica, pelas suas características, congrega necessariamente abordagens de equipas multidisciplinares, dentre os quais, o assistente social.

O doente, na maioria das vezes entra em contato com uma diversidade de sentimentos contraditórios com que não sabe lidar e nem tem discernimento nessa altura para os resolver. A presença do profissional aí considerando o de serviço social torna-se fundamental .

O câncer é uma doença complexa que exige cada vez mais de todos os profissionais de saúde.

O trabalho multidisciplinar é importante e tem como objetivo a humanização dos cuidados com o doente.

Num primeiro momento há que “valorizar a dor física, como um poderoso indutor de sofrimento” (Sena, 2004:32).

A American Cancer Society afirma que mais de 80% dos doentes com câncer, enfrentam dor física durante a doença e os tratamentos (Sena, 2004:32).

Para Sena (2004) essa dor é sentida de forma totalmente solitária, “pela dificuldade que todos temos em partilhar pela comunicação uma experiência tão subjetiva como a dor física”.

Ajudar a pessoa que sofre é apoiá-la na sua caminhada, ajudando a eliminar obstáculos e mostrando sempre que se está presente. Este acompanhamento permitirá uma aceitação, em vez da recusa da doença, o que poderá culminar na esperança e sossego.

3.2.2.

Doente oncológico

Kubler-Ross (1998), concluiu nos estudos que realizou, que os doentes perante a aproximação da morte, apresentam uma trajetória semelhante, ao passarem por cinco estádios psicológicos diferentes, sendo eles:

Recusa ou Negação -é um estágio de choque, em que o doente recusa reconhecer e aceitar a sua situação, o que pode levar ao isolamento.

A negação pode ser um valioso mecanismo de defesa para o doente, devendo ser entendido e respeitado. Se o doente persistir indefinidamente nesta fase, o que constitui uma atitude pouco adaptativa, pode requerer cuidados especiais.

Cólera -é um estágio de revolta, que se verifica quando o doente ultrapassa a fase de negação e começa a enfrentar a morte, interrogando-se: "*Por quê eu?*"

Nesta fase, o doente pode tornar-se difícil, intolerante e agressivo, fazendo recair a sua ira sobre os que o rodeiam, deslocando e projetando a sua raiva contra a equipa de saúde, contra os seus familiares e contra Deus.

Para que este período seja ultrapassado, o doente deve exteriorizar a sua ira e as suas frustrações.

Negociação – neste estágio o doente tenta estabelecer um pacto, negociar uma transação com Deus, com os que o rodeiam ou com a equipe de saúde. Tenta conseguir um prolongamento do tempo de vida, uma diminuição da dor ou melhores cuidados.

É uma fase que habitualmente dura pouco tempo e em que ele aparenta serenidade, pensando na forma de negociar a sua morte a troco de alguma coisa.

Se o doente for crente, a ajuda religiosa neste período pode ser muito importante.

Tristeza ou Depressão - neste estágio o doente revela tristeza, mágoa e angústia. Gradualmente ele toma consciência da sua situação e é incapaz de negar a sua doença.

De início a depressão é reativa. O doente verbaliza as suas manifestações e fala das suas perdas passadas.

Posteriormente, pode seguir-se um período de silêncio, em que o doente se torna mais calmo e a comunicação é sobretudo não verbal. Por vezes, ele não deseja mais do que uma presença ou o toque de uma mão. O doente chora as perdas futuras, começando a desprender-se de tudo e de todos.

A depressão é um estágio de duração muito variável, podendo ser moderada e transitória, ou perdurar por um longo período de tempo e algumas vezes não ser mesmo ultrapassável. Por vezes pode ser necessário apoio psiquiátrico. A resolução desta fase leva ao estágio final.

Aceitação – neste estágio o doente passa a aceitar a sua situação. É um período de calma e paz, em que o doente não está nem deprimido nem irritado, desejando ficar sozinho e não se preocupar com os problemas do mundo externo. Nesta fase, ele relembra o passado e contempla o futuro desconhecido (Kubler-Ross, 1998:43, 142).

Este modelo de Kubler-Ross pode ser muito importante, para se compreender a psicologia do doente.

A autora refere que é imprescindível a passagem duma fase a outra, na ordem indicada, para se chegar à fase de aceitação. No entanto, reconhece que alguns doentes não efetuam a totalidade do percurso, assim como os cinco estádios podem não surgir pela ordem cronológica indicada, ou pode também haver mistura ou sobreposição de fases. O doente avança e regride, podendo estar em diferentes estádios num dado momento. A duração de cada etapa também não está estabelecida, podendo ser muito variável.

Depois de ter ouvido e lido dois termos diferentes para classificar o doente sem possibilidades de cura, decidi optar por doente terminal, pois foi assim que se referiram os profissionais do campo empírico. Doente Fora de Possibilidades Terapêuticas (FPT) também foi uma designação que se encontrou na pesquisa

bibliográfica, no entanto não exprimia com tanta clareza o doente que aqui se trata neste estudo. Assim e para dar esclarecimento de um e de outro termo, passo a apresentar cada um deles:

Doente FPT, de acordo com Menezes (2004:15) é “o doente para o qual a medicina não possui mais recursos para deter o avanço fatal da doença, trazendo interrogações para as equipes de saúde, familiares e para o próprio indivíduo “

A expressão FPT é utilizada pelos profissionais e por vezes de forma depreciativa, o que pode ser exemplificado pela fala jocosa de uma médica, sobre uma impressora excessivamente lenta:” sabe, acho que esta impressora é FPT, tem um prognóstico reservado” (Menezes, 2004:119).

Doente Terminal, de acordo com um texto de Alamy (*in* <http://br.monografias.com/trabalhos/disciplin/disciplin.shtml>. -1997- -acessado em 21-04-2006) pode ser:

“ (...) aquele paciente que está em fase terminal de doença, onde o esperado passa a ser óbito, independentemente da terapêutica utilizada, sendo esta neste momento mais paliativa e não tendo a expectativa de cura”.

De acordo com Ballone (2003) *in* (gballone.sites.uol.com.br) o “estado mórbido que chamamos de doença terminal se caracteriza por algumas situações clínicas precisamente definidas, as quais se podem relacionar da seguinte forma:

- Presença de uma doença em fase avançada, progressiva e incurável;
- Falta de possibilidades razoáveis de resposta ao tratamento específico;
- Grande impacto emocional relacionado à presença ou possibilidade incontestável da morte;
- Prognóstico de vida inferior a 6 meses.

Igualmente para Astudillo (1996), esses 6 meses também constituem um dos fatores que indicam se tratar de doença terminal.

Segundo ele, uma doença entra em fase terminal quando:

- Existe um diagnóstico histológico que confirma a doença;
- Há uma não reação do doente ao tratamento específico;
- Estamos perante uma fase avançada, progressiva e incurável da doença;
- Existe um prognóstico de vida, normalmente inferior a 6 meses (Astudillo *in* Lopes e Pereira, 2002:57).

No entanto há quem não concorde com a determinação do tempo de vida.

Penso ser incorreta e não favorável à humanização nos hospitais. Está provado que isso não é linear e vai causar tormento no doente e na sua família.

Kubler-Ross, é uma das pessoas estudiosas que está contra essa determinação de tempo, pois na opinião da médica, o tempo pode não ser assim tão linear.

“Acho que especificar o número de meses ou anos de vida é a pior conduta com qualquer paciente, por mais forte que ele seja. De qualquer modo, estas informações são inexatas e as exceções constituem a regra: portanto, não vejo razão alguma para levá-las em consideração” (Kubler-Ross, 1998: 35).

Apesar do doente saber normalmente sempre mais do que aquilo que o médico julga que ele sabe, às vezes, como forma de defesa, o doente opta por negar ou “mascarar” a gravidade do seu estado.

Glaser e Strauss (1993:1858) esquematizaram os possíveis contextos desses doentes relativamente à consciência de estar a morrer:

1. Consciência próxima: Situação em que o doente não reconhece a sua morte eminente, mesmo quando toda a gente o faz.
2. Consciência suspeitada: Situação em que o paciente suspeita que os outros sabem e tenta confirmar ou invalidar as suas suspeitas.
3. Consciência mútua: Situação em que os outros tomam consciência da gravidade do estado do paciente e da morte eminente, mas

interagem com o paciente como se ele não tivesse conhecimento do seu estado.

4. Consciência aberta: Situação em que quer o paciente quero os técnicos sabem em conformidade que a morte esta iminente.

Ainda de acordo com o texto da supra citada Alamy, é interessante observar e pensar nas questões que se colocam aos profissionais que lidam com estas pessoas especiais. Entre elas, “como lidar com os sentimentos do paciente?”, ou “Melhor não se envolver com o paciente e até abandoná-lo emocionalmente para não sofrer?”.

Outras questões surgem para Menezes (2004), que em sua obra “Em Busca da Boa Morte” (2004), revela que acompanhou diversas situações de pacientes diagnosticados como FPT com prognóstico de morte próxima, em que alguns faleceram “com seus corpos invadidos por tubos, sem a presença de familiares”.

As questões/indagações que lhe surgiram na sequência do acompanhamento a estes doentes, e que também me preocupam foram: “O que fazer com este paciente? / Como administrar seu final de vida? – Justifica-se a manutenção do aparato tecnológico quando não há mais esperança de cura? / Que vida é possível para este doente, a partir de sua categorização como FPT?”

Segundo a revisão que realizei com o intuito de encontrar trabalhos já elaborados sobre a temática que apresento, encontrei na sua maioria textos da autoria de médicos, enfermeiros e sociólogos.

Isto me leva a questionar sobre a atuação do assistente social nesse campo.

Entrando agora num ponto muito importante do meu estudo, já que a comunicação e o diálogo nomeadamente, são o fundamento de toda a pluralidade humana e o direito do Homem exprimir as suas opiniões, as suas fragilidades, os seus receios e as suas frustrações, bem como as suas alegrias e satisfações, passo a citar alguns autores que maior respaldo deram sobre a temática.

Segundo Arendt em “A Condição Humana” (2001), só a Ação, no real sentido politico é a (...) única actividade que se exerce diretamente entre os homens sem a mediação das coisas ou da matéria, corresponde à condição humana da pluralidade, ao fato de que os homens, e não o Homem, vivem na Terra e habitam o mundo”.

A ação é todo o movimento para alcançar o movimento político. Esta irá distinguir a possibilidade de estar com os outros. O estar com outros implica o diálogo e este implica a pluralidade. Na visão arendtiana, a pluralidade é o melhor meio das pessoas chegarem a consensos. Ao dialogar, o Homem consegue expor as suas vontades, as suas dificuldades e em conjunto pode ultrapassar os obstáculos.

A ação permite que não se perca a singularidade através do diálogo.

O espaço público é um lugar a ser conquistado, em que se analisam os consensos e as contrariedades. É uma estrutura dialógica que tem de ser trabalhada. Mas existem conflitos por vezes, e esses tentam-se resolver através da persuasão/diálogo, e não através do totalitarismo ou tirania.

Com Hannah Arendt pode-se ainda referir a outros temas, como o direito à informação e direito à intimidade.

Celso Laffer na obra que escreveu sobre o pensamento desta teórica alemã diz que “o direito à informação como o direito à intimidade, tem como objeto a integridade moral do ser humano. Na Declaração Universal dos Direitos Humanos, “o direito à informação está contemplado no art. 19 nos seguintes termos: “Todo e qualquer indivíduo tem direito à liberdade de opinião e de expressão, o que implica o direito de não ser inquietado pelas suas opiniões e o de procurar, receber e difundir, sem consideração de fronteiras, informações e idéias por qualquer meio de expressão” (2001:34).

A importância do estar e ouvir para Kubler-Ross (1998:28) é fundamental. Ela diz-nos que não sabia que, quando um paciente neste estado (terminal) diz “sente-se aqui, agora”, amanhã pode ser tarde demais.

Em função da experiência que teve, a entrevistar doentes sobre as suas situações particulares, a autora refere que vários pacientes se mostraram deprimidos e morbidamente trancados em si mesmos, até falar-se com eles sobre a fase terminal de sua doença.

Para Kovacs, (*in* Pessini e Bertachini (2004:281), “o olhar, o cuidar, o ouvir podem trazer de volta a humanidade que estas pessoas perderam devido à doença”.

No entanto não se deve esquecer que cada pessoa é um ser humano diferente e com vontades diferentes. Se um doente prefere falar, pode haver outro que prefere ficar no silêncio. Os profissionais têm de estar abertos a essas diferentes formas de estar na vida e encarar a doença para não correrem o risco de causarem stress ou sofrimento no doente.

Montigny (1993) (*in* Kovacs *in* Pessini e Bertachini, 2004:281),

“Relata a sua experiência com pacientes próximos à morte, que precisavam de silêncio e calma. Este silêncio, para o paciente, pode ser uma retirada física, uma espécie de desligamento, porque falar cansa muito, e a energia precisa ser preservada para a vida nestes últimos momentos.”

Ainda dentro deste contexto Pitta (1994) declara que esse silêncio pode ser também uma forma de expressão, e como tal, “possui suas condições de produção e apresenta múltiplos sentidos; da forma de exclusão à resistência velada” (Pitta *in* Veloso1999:76).

“Às vezes, o paciente só necessita saber se será cuidado até ao fim de sua vida, e que não ficará sozinho” (Kovacs *in* Pessini e Bertachini 2004:285).

No que diz respeito à comunicação de maus diagnósticos, Kovacs (*in* Pessini e Bertachini 2004:283). afirma que “ o grande temor dos profissionais e familiares é como informar o paciente sobre o diagnóstico de uma doença fatal, ou sobre o agravamento do quadro”. E acrescenta ainda que:

“Como nossa sociedade atual cala o luto, cabe aos profissionais engajados no processo de reumanização da morte abrir espaço para a expressão da dor e do sofrimento, numa atmosfera acolhedora, não compactuando com o silenciamento e o abafamento trazidos por uma sociedade que fala sobre ser forte, discreto e não incomodar. Um ouvido disponível tem melhor efeito do que calmantes” (*in* Kovacs *in* Pessini e Bertachini (2004:285).

Roslyn Corney (1996) afirma que:

“Apesar de ser evidente a importância da informação, da comunicação e do apoio emocional, os médicos têm sido criticados por negligenciarem esta área” e “um estudo realizado conclui que os estudantes nem sempre aprendem melhores perícias de comunicação com a experiência” (Corney, 1996:8).

Interessante foi também saber que para esta autora a entrevista torna-se tanto mais difícil quanto maior é a diferença social entre o médico e o doente.

“A confiança e a cooperação deste são influenciadas pela sua classe social, idade, raça, cultura e pelas atitudes que projeta na relação médico-doente. (...) É dever dos profissionais de saúde, tais como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros de saúde pública etc., auto-examinarem-se cuidadosamente, avaliando em que medida o seu

comportamento pode ser afetado pelos seus preconceitos, atitudes e valores”(Corney, 1996:20).

É que no entender de Roslyn Corney, a própria linguagem médica é uma barreira na comunicação com o doente e a sua família.

“ Para além dos problemas colocados pelos doentes que não falam a mesma língua que o médico, a consulta pode ficar seriamente comprometida pelas diferenças na terminologia com que o médico e o doente comunicam na linguagem que partilham” (Corney, 1996:20).

Isto deve-se ao fato de o médico esquecer frequentemente que os doentes desconhecem esta linguagem médica. Deveria ter o cuidado de explicar com cuidado e numa linguagem universal o que está a dizer para não confundir e agoniar o doente pois “ a incerteza e ignorância (mais do que a alegria) causam frequentemente ansiedade”. (Corney, 1996:27)

Pimentel diz que “a informação deve ser adaptada a cada doente e a cada situação (...) feita em linguagem clara, adaptada ao contexto sócio cultural do doente e sem gíria médica”. (1995,XII:7)

A fim de evitar que os cuidados de saúde se tornem assustadores e insuportáveis, é essencial que as pessoas sejam informadas do que se passa e do que se vai passar.

Para Pimentel (1995) “o médico é um técnico capaz de aplicar conhecimentos científicos para prevenir e tratar doenças. Para isso, ele necessita se comunicar com o doente, ouvindo e falando”. Refere ainda que :

“Devemos ter sempre presente que o doente é uma pessoa e a relação interpessoal doente – médico, representa o eixo principal na prática da medicina. (...) e os princípios sobre os quais se fundamenta esta relação “têm por objetivo respeitar os interesses do doente, a sua autonomia e a sua dignidade”(Pimentel, 1995:Cap XII, 4).

Na opinião do médico, o doente vai “ter necessidade de conhecer a verdade”. O doente necessita de uma boa base de apoio e esta passa por “ uma boa comunicação”, que vai inspirar um clima de confiança no doente”.

É ainda ressaltado por Pimentel (1995:Cap.XII,5), que “ o doente tem necessidade de ser escutado, de exprimir as suas preocupações, de colocar questões (...) e ignora que as questões que coloca ao médico, já foram postas inúmeras vezes por outros doentes”, porque de acordo com este médico, “cada doente é único”.

Por último diz que “ quando a comunicação é eficaz, ela contribui para desdramatizar situações sérias”.

Sena, (*in* I Congresso Multidisciplinar De Oncologia Português, 2004:34) afirma que:

“Sendo verdade que a impossibilidade de habitar o corpo de quem sofre, e de compreender em palavras a sua dor, coloca-nos quase perante um limite da própria existência, haverá certamente formas pelas quais a solidão da dor (para além da própria dor), pode e deve ser minorada. Elas prendem-se fundamentalmente com a criação de espaços comunicacionais em que o paciente possa partilhar o sofrimento implicado pela sua dor física, quer com os profissionais de saúde, quer com as pessoas do seu círculo de relações.

Mas, complementarmente, a dor deve ser valorizada em si mesma, enquanto uma experiência pessoal difícil de suportar, sobretudo quando ela é vivenciada numa angustiante solidão em que a impossibilidade de falar da dor pode ser, também ela, uma forma de sofrimento”.

Se conclui que a comunicação é um fator que não se pode ignorar enquanto ajuda ao ser humano que está a precisar de ser ouvido, ou por vezes só a necessitar de expressar o que sente no momento.

Porém, não há que esquecer que muitas pessoas preferem o silêncio, tal como já foi referido anteriormente. Mesmo essas, têm outras formas de se expressar, de manifestar o que sentem.

Há outras, que simplesmente só questionam coisas “difíceis de responder” a alguém que para além de profissional é antes de mais pessoa.

Hennezel (2005:35), ao ser confrontada com essa questão, declarou que:

“Se as perguntas forem demasiado pressionantes, tais como: “Estou mesmo tramado?”, “Porque é que não me fazem mais nada?”, “Quanto tempo me resta?”, podes responder que não sabes tudo, mas que têm o direito de fazer todas essas perguntas. Então, eles sentirão que tu não tens medo e partilharão contigo aquilo que sentem”.