

1120

DM
FRAD/PI

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOSSOMÁTICA
EDIÇÃO 2005/2007

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO


**Aspectos Psicossomáticos de Cuidados Paliativos
a Doentes Oncológicos em Contexto Domiciliário**

Pedro Alexandre Páscoa da Veiga Frade – Nº 11976

ORIENTADOR: António Francisco Mendes Pedro
Instituto Superior de Psicologia Aplicada

2008



 Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Comissão de
Documentação

Registo: 17875
Data: 9.12.08

Tel: 21 881 87 51 e ispa@ispa.pt

Ao Professor Doutor Mendes Pedro pela constante disponibilidade e por toda a orientação e ajuda prestada.

Ao Professor Doutor Silvério Marques pelas portas que me abriu e por todo o incentivo e colaboração.

A todos os doentes e familiares com quem contactei em situações de vida por vezes muito complicadas, e em especial aqueles que participaram neste estudo.

A todos os amigos que compartilharam comigo estes anos de Universidade.

À Sara por todo o incentivo, suporte emocional e colaboração em tudo.

À minha família por tudo, e em especial ao meu pai, fonte de inspiração para este trabalho, a cuja memória o dedico.

RESUMO

Este trabalho foi realizado no âmbito da disciplina de seminário de dissertação referente ao Mestrado em Psicossomática sob a orientação do Prof. Doutor Mendes Pedro.

A morte é uma questão que, desde os tempos mais remotos, preocupa o Homem. Este estudo pretende colaborar para a compreensão do modo como o ser humano lida com o estado terminal de vida.

Para tal, estudou-se uma população específica, os doentes oncológicos num estado adiantado da evolução da doença e cuja situação clínica obriga a uma reflexão sobre a mortalidade, tão adiada na sociedade ocidental.

Adoptando o método clínico de estudo de caso foram acompanhados e estudados três casos sob um ponto de vista psicossomático, tendo em atenção aspectos somáticos e relacionais. Para este efeito, utilizaram-se como instrumentos na recolha de dados a entrevista clínica, o teste projectivo de Rorschach e o Inventário Depressivo de Beck.

Os resultados obtidos vão de encontro às hipóteses que foram levantadas a partir da revisão bibliográfica efectuada.

Em primeiro lugar, é de assinalar a presença de algum nível de perturbação mental em todos os casos estudados.

De facto, foram avaliados níveis consideráveis de depressão. Foi também observável, nos três casos, uma profunda angústia e uma dificuldade em expressar e dar forma a emoções e afectos.

Assinala-se também o impasse relacional, sem fuga possível aparente, existente nestes casos.

Apesar dos escassos dados obtidos, a situação específica do primeiro caso apresentado demonstra o forte impacto que a presença de um doente terminal, em situação de contexto domiciliário, pode ter nas famílias, algo previsto na segunda hipótese levantada.

O apoio domiciliário traz consigo uma série de vantagens, entre as quais um maior conforto e uma maior proximidade entre família e doente em situações clínicas, muitas vezes, extremamente complicadas. No entanto, o processo do cuidar acarreta também uma série de mudanças ao nível das relações e das rotinas diárias, para as quais, por vezes, os familiares não estão devidamente preparados, quer física, mental e, até, financeiramente.

Tratando-se de um estudo de caso estes resultados não podem ser, obviamente, generalizados, mas vêm ao encontro da maioria da literatura existente sobre esta temática.

Finalmente, é igualmente feita uma reflexão final acerca da realidade destes doentes e familiares, mas também sobre os cuidados paliativos, nomeadamente em Portugal e, mais especificamente, em contexto domiciliário. São feitas sugestões para estudos futuros e sobre o apoio prestado nestas situações. Destaca-se a importância da constituição de equipas multidisciplinares e do papel do psicólogo, quer no apoio aos doentes, quer a cuidadores e profissionais.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
Apresentação do Problema.....	10
Revisão de Literatura	11
Morte	12
A Morte e a Religião	12
A Busca da Imortalidade	13
Encarar a Morte.....	16
A Evolução da Ciência.....	19
A Psicologia e a Morte	20
O Medo da Morte	24
A Morte Adiada.....	27
Cancro	28
A Problemática do Cancro	28
Fisiopatologia do Cancro	29
Aspectos Psicossomáticos da Etiologia da Doença	35
A Teoria do Impasse	40
O Diagnóstico de um Cancro	43
Cancro enquanto Doença Terminal.....	47
A Comunicação do Carácter Terminal da Doença.....	47
Diagnóstico e Prognóstico na Doença Terminal	50
Reacções ao Diagnóstico.....	52

Consequências Psicológicas.....	56
A Eutanásia	59
Cuidados Paliativos.....	62
A Evolução dos Cuidados Paliativos	62
A Realidade Portuguesa	64
As Equipas e o Papel do Psicólogo	66
O Apoio Domiciliário	72
Breve Sumário.....	77
A Apresentação do Estudo	78
MÉTODO.....	79
Participantes	79
Caracterização da Instituição	80
A Unidade Autónoma de Apoio Domiciliário	82
Humanização dos Cuidados Paliativos em Contexto Domiciliário	86
Instrumentos.....	87
Teste Projectivo de Rorschach	87
Inventário Depressivo de Beck	94
Procedimento.....	97
RESULTADOS.....	99
Caso Clínico 1	100
Dados Obtidos pela UAAD.....	100
Historial Clínico	100
História da Doença Actual	101
Dados	102
Estado Actual	102
Folha Diária de Registos de Enfermagem.....	103
Terapêutica Médica.....	104

Acompanhamento Psicológico.....	105
Entrevista Clínica.....	105
Conclusão.....	119
Caso Clínico 2.....	122
Dados Obtidos pela UAAD.....	122
Historial Clínico.....	122
História da Doença Actual.....	122
Dados.....	124
Estado Actual.....	124
Folha Diária de Registos de Enfermagem.....	125
Terapêutica Médica.....	125
Acompanhamento Psicológico.....	126
Entrevista Clínica.....	126
Inventário Depressivo de Beck.....	149
Teste Projectivo de Rorschach.....	150
Conclusão.....	162
Caso Clínico 3.....	165
Dados Obtidos pela UAAD.....	165
Historial Clínico.....	165
História da Doença Actual.....	165
Dados.....	167
Estado Actual.....	167
Folha Diária de Registos de Enfermagem.....	168
Terapêutica Médica.....	169
Acompanhamento Psicológico.....	170
Entrevista Clínica.....	170
Inventário Depressivo de Beck.....	199

Teste Projectivo de Rorschach.....	200
Conclusão.....	212
DISCUSSÃO	214
REFERÊNCIAS.....	224
ANEXOS	246
Anexo A.....	247
Anexo B.....	251

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Protocolo de Rorschach de <i>E</i>	151
Tabela 2: Psicograma de <i>E</i>	156
Tabela 3: Protocolo de Rorschach de <i>H</i>	201
Tabela 4: Psicograma de <i>H</i>	206

INTRODUÇÃO

Na apresentação deste estudo foram seguidas as normas da American Psychiatric Association (A.P.A.) fornecidas pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada (I.S.P.A.) para a elaboração de um relatório de um estudo empírico. Deste modo, o corpo do texto é constituído por quatro capítulos: Introdução, Método, Resultados e Discussão.

Apresentação do Problema

Este trabalho pretende ser um estudo de caso acerca da realidade dos cuidados paliativos em Portugal e, mais especificamente, na doença oncológica terminal. Será, igualmente, explorada a realidade do apoio domiciliário a estes doentes, com o intuito de efectuar um levantamento das necessidades de doentes, familiares e serviços. Parece evidente a utilidade de um estudo numa área tão delicada e tão evitada como é a da morte e do morrer.

Assim, seguidamente é apresentada uma revisão de literatura, a qual tem como objectivo dar ao leitor a informação necessária para compreender a abordagem que se fará do problema.

Revisão de Literatura

Num primeiro momento é elaborada uma recensão histórica, sociológica e psicológica sobre a questão da morte, reflectindo sobre o modo como esta foi e é encarada em diversas culturas, e como o é na sociedade ocidental actual.

Num segundo momento, com apelo à literatura especializada, designadamente à literatura médica e psicossomática, é feita uma reflexão sobre a problemática do cancro, mencionando aspectos da trajectória da doença, da sua fisiopatologia e etiologia. Identificam-se, também, os critérios de diagnóstico de um cancro terminal e quais as repercussões que tal diagnóstico poderá provocar no indivíduo, familiares, amigos e pessoal médico. São ainda abordadas as questões da comunicação do diagnóstico e outras, mais polémicas, como a eutanásia e o suicídio assistido.

Num terceiro momento é feita uma análise à evolução dos cuidados paliativos em geral, especificando-se a realidade existente em Portugal, com especial relevo para o apoio domiciliário em oncologia.

Finalmente, conclui-se esta revisão de literatura com uma reflexão sobre as necessidades específicas detectadas nesta área, através de um breve sumário da literatura revista e das suas implicações para o problema investigado.

Morte

*“Como a morte é um segredo,
quem sabe lá se por sorte,
os mortos têm mais medo
da vida que nós da morte?”*

António Aleixo¹

A Morte e a Religião

“A morte é o maior problema que jamais tem ocupado o pensamento dos homens, o problema supremo de todos os tempos e de todos os povos. Ela é fim inevitável para o qual nos dirigimos todos; faz parte da lei das nossas existências sob o mesmo título que o nascimento. Tanto uma como outro são duas transições fatais na evolução geral e, entretanto a morte, tão natural como o nascimento, parece-nos contra a Natureza.” (Flammarion, 1990, p.506)

Talvez desde o princípio dos tempos, o Homem coloca a si próprio as questões “de onde venho?” e “para onde vou?”². Com efeito, observa-se que, desde as primeiras civilizações, todas as culturas desenvolveram crenças e rituais à volta da morte.

A definição de religião vem do latim *religare* que significa ligar e, tradicionalmente, é o conjunto de ideias que liga uma sociedade. Assim, a religião tem um papel preponderante sempre que se fala da morte, ao longo dos tempos.

¹ In Aleixo (1998)

² Numa passagem do seu livro “As Ondas” (2002) a célebre autora Virginia Wolf escreve com simplicidade que “quando morremos voltamos para o sítio de onde viemos quando nascemos”.

De facto, o acto de morrer foi sendo transformado numa arte sagrada e o Homem foi construindo o sentido da vida tendo como ponto de partida a finitude desta, mas também a permanência de algo para além da morte.

Kramer (1988) considera que esta crença é transversal a todas as religiões e Tager (2001) refere que todas elas afirmam que a morte é o ponto de partida para outra coisa.

Mathews e Mister (1987-1988) vão mais longe ao afirmar que existe uma necessidade básica e unicamente humana do psiquismo saudável e que se relaciona com a vida para além da morte.

Deste modo, encontramos textos sobre o “mundo dos mortos” em civilizações como a dos egípcios (Budge, 2006), ou a dos tibetanos (Evans-Wentz, 2000) e um pouco por todas as religiões do mundo.

“(…) para os muçulmanos e cristãos, a fé na imortalidade da alma é reforçada pelo conceito de ressurreição que une o destino do corpo ao da alma, união que faz do morrer um simples regresso à Terra-Mãe de onde o Homem renascerá imortal.” (Urbain 1997, p. 393)

Drolet (1990) acrescenta que na nossa cultura ocidental a religião tem sido, historicamente, a via mais importante para lidar com imagens de morte, de vida e de imortalidade.

A Busca da Imortalidade

“The idea of immortality is the answer to profound human question or, really, the answer to two such questions. The first question is, what happens to a person after death? The second is how can a person live without overwhelming anxiety in

the face of certainty of death? Behind both questions lies the human aspiration to live forever.” (Lifton & Olson, 1974, p.69)

Enquanto a ciência evolui a uma velocidade cada vez mais estonteante, o Homem continua a mesma busca pela imortalidade. Os cientistas continuam a investigar e perseguir um sonho, talvez tão antigo como a Humanidade – a busca da imortalidade.

Por um lado, com o avanço da tecnologia, o Homem tenta, cada vez mais, sobreviver à própria vida, através do controlo da doença e do prolongamento da longevidade. Com a evolução da Biologia, Genética e Medicina procura curar-se, restaurar-se continuamente e durar para sempre. Por outro lado, continua a tentar descobrir se existe ou não vida para além da morte. Será que um dia conseguiremos vencer a morte?

Muitas pessoas acreditam, tal como é proclamado pelas religiões, que há uma parte de nós que não morre. Por enquanto, nada prova que não tenham razão, mas também nada prova o contrário.

Há hoje vários pesquisadores que tentam elucidar o mistério da vida para além da morte. Drouot (1995, 1996) refere nas suas obras que as pesquisas seguem três direcções principais: estudar casos de morte clínica, viver a morte numa das suas vidas passadas ou viver a morte num estado alterado de consciência.

Talvez o principal campo de estudo seja o das chamadas experiências de quase-morte. Moody (1981), um dos pioneiros nesta área, relata casos de pessoas que, tendo estado clinicamente mortas, foram trazidas de volta à vida podendo falar da sua própria morte. Kubler-Ross estudou mais de 20000 casos como estes, concluindo que o processo de morte, independentemente da idade, cultura ou raça é

semelhante ao do nascimento. “It is a birth into a different existence.” (Kubler-Ross, 1991, p. 2)

Estudos demonstram que as pessoas que têm estas experiências normalmente deixam de ter medo da morte, revelando menores níveis de ansiedade perante esta (Neimeyer, 1994; St. Clair, 1999).

Para Woolger (2000) os relatos destas experiências são extraordinariamente semelhantes aos efectuados por pessoas que, sob o efeito da hipnose, efectuam regressões a supostas vidas passadas, recordando e revivendo nessas vidas a morte e o que está para lá dela.

TenDam (1997) e Weiss (1999, 2000) são alguns dos pioneiros na terapia de cura através das vidas passadas, que veio revolucionar a Psicologia nos últimos anos, principalmente nos E.U.A., com os surpreendentes resultados obtidos. Com efeito, os seus pacientes revelam francas melhorias nos seus estados psicológicos, ao recordarem a origem dos seus problemas em memórias de supostas vidas passadas. Embora se possa afirmar que tal se processa através de sugestão, a realidade é que estes pacientes diminuem a sua ansiedade perante a morte.

Mais surpreendentes ainda são os estudos efectuados por Stevansson (cit. por Shroder, 2001) que, nos últimos 40 anos, reuniu mais de 3000 casos de crianças entre os dois e os cinco anos de idade que afirmam lembrar-se de vidas passadas e do modo como morreram. Em muitos casos, foi possível comprovar que essas pessoas existiram no passado, num trabalho de grande valor científico, com vista a encontrar provas da possível existência de reencarnação.

Existem ainda numerosos registos de pessoas que afirmam conseguir contactar, dos mais diversos modos, com os mortos (Sobrinho, et al., 1996) e de pessoas que conseguem experienciar momentos em que se encontram fora dos seus

corpos, seja através do efeito de drogas, álcool ou certas técnicas de alteração de estado de consciência.

As pessoas empenham-se também, em causas, grupos ou regimes numa busca infundável de segurança e imortalidade. Procuram viver para sempre através daquilo a que Lifton (1973) chama de imortalidade simbólica, quer seja com a obra que criam, quer pela descendência que deixam. De algum modo, procuram aquela que Comte e Marx (cit. por Cruz, 1995) reconheciam como a única imortalidade possível para os homens, a imortalidade social.

“Cultural systems encourage conceptions of the world as a just place and promise symbolic immortality through identification with the system and real immortality through religion.” (Neimeyer, 1994, p. 12)

Sob o ponto de vista psicológico o Homem tem que se defender de várias formas contra o medo da morte, contra a incapacidade de prevê-la e de precaver-se contra ela. O Homem, inconscientemente, não consegue conceber a morte, tendendo a negar a sua realidade, acreditando na sua própria imortalidade.

Encarar a Morte

Quando retrocedemos no tempo e estudamos culturas e povos antigos, temos a impressão que o Homem sempre abominou a morte e, provavelmente, sempre a repelirá (Kubler-Ross, 1998a). Desde o paleolítico que os homens pré-históricos têm práticas funerárias de conservação do corpo, que funcionam como uma defesa contra a morte, através da sua negação (Leff, 1999).

No entanto, quando olhamos para o modo como a morte era encarada, a maioria dos povos primitivos estudados, em todo o mundo, parecia encarar a morte de modo natural, em parte por acreditarem na perpetuação da vida após a morte. Esta familiaridade com a morte, aparentemente sem temor nem desespero era, como refere Ariés (1989), um meio caminho entre a resignação passiva e a confiança mística.

A morte fazia parte da vida, o que não significava que o Homem não tivesse medo dela. Contudo, não tentava escondê-la e, ainda menos, negá-la.

As pessoas não tinham pressa de morrer mas, quando viam chegada a hora, sem precipitações nem atrasos, precisamente como convinha, morriam. Aguardavam a morte no seu leito e esta era uma cerimónia pública.

Contudo, na época moderna, e em especial nas sociedades ocidentais, a morte foi-se afastando furtivamente do mundo das coisas mais familiares, assumindo uma imagem mais longínqua, dramática e tensa. A pouco e pouco foi sendo escondida e mesmo repelida, tornando-se inominável. A palavra foi quase banida do vocabulário ocidental passando a utilizar-se termos como “partida” ou “desaparecimento”.

Na realidade, a sociedade contemporânea teme abordar o tema da morte, ignorando-a. Deste modo, a inevitabilidade da nossa própria morte passou a ser um tema interdito na nossa sociedade (Ruffié, 1986). Neste sentido, Ariés (1989) fala da morte como um “substituto” do sexo, ou seja, como o principal tabu do século XX.

Assim, durante muitos anos, tudo foi feito de modo a esconder a morte, e hoje em dia, apesar de esta estar cada vez mais presente nas nossas vidas, seja através da televisão, cinema ou jornais, o mundo que nos rodeia continua a não nos ensinar a morrer. Então, que sentido tem a morte no mundo ocidental?³

³ A este respeito, o português, Nobel da Literatura, Saramago (2005) escreveu um magnífico ensaio em que faz o exercício de pensar como seria um mundo sem morte e que sentido faz esta na vida.

Apesar de vivermos num mundo aterrado por esta interrogação, a nossa sociedade está muito mal preparada para lidar com a morte, não a conseguindo encarar, silenciando-a e tentando ocultar a dor e a agitação que ela provoca. Neste sentido, coibimo-nos de pensar acerca da nossa própria morte, vivendo cada dia como se fossemos imortais. A lembrança de que a morte nos pode reclamar, nada parece ter de imediato. É sempre “o outro” quem é afectado (Hennezel & Leloup, 1999).

“O que importa é em todo o caso não se confrontar com o inominável, contra essa mudança na natureza do nosso corpo, pela qual ele já não é sequer um cadáver mas sim um não sei quê privado de nome em toda e qualquer língua.” (Bossuet, 1670, cit. por Urbain, 1997, p.381)

Os jovens são preparados, durante vários anos, para a sua existência individual mas não o são para a morte, em especial nas sociedades ocidentais.

Acordar de manhã lembrando-nos de que todos perecem, como se faz em certos mosteiros, parece ser uma prática de uma outra época. Da mesma forma a sabedoria dos budistas, que aceitam a morte como parte integrante da vida, parece algo exótico (Hennezel & Leloup, 1999).

Esta negação da morte no mundo ocidental não se operou da noite para o dia. Caminhou-se para ela de forma mais insidiosa a partir dos meados do século XIX, acompanhando a regressão⁴ das crenças religiosas nos meios científicos e intelectuais (Tager, 2001).

⁴ Apesar deste afastamento das pessoas da religião e da igreja, talvez aquilo que mais fortemente ainda mantém esse elo seja precisamente a morte. A igreja continua a ter um papel preponderante nos rituais associados à morte e a quase totalidade dos funerais no nosso país continuam a ser religiosos.

A Evolução da Ciência

No final do séc. XVIII, com a descoberta das primeiras regras de higiene, a morte que, por norma, ocorria no superpovoado “quarto do agonizante” começou lentamente a afastar-se do quotidiano das pessoas (Ariés, 1989).

Toda a evolução da ciência, e em especial da medicina, teve de facto um papel preponderante na mudança que se processou da visão da morte. A contínua busca do Homem pela saúde, felicidade e imortalidade conduziu a uma série de descobertas que permitiram vencer inúmeras doenças e adiar, cada vez mais, a morte.

Na realidade, essencialmente nos últimos 100 anos, a duração média da vida humana aumentou incrivelmente. Como Ariés (1989) refere, o momento da morte e alguns dos rituais à sua volta perderam o sentido. A morte que chegava e actuava rapidamente transformou-se a pouco e pouco num acontecimento que pode ser prolongado por semanas, meses ou anos e como tal já ninguém tem força nem paciência para esperar por esse momento.

A morte foi passando de um processo e transição naturais para um problema médico, onde, como referem Parkes, et al. (2003), se assiste à substituição dos padres e das famílias devotas por médicos, psicólogos e máquinas de suporte de vida.

A questão da *prolongevidade*⁵ tornou-se, assim, numa das questões mais pertinentes da sociedade ocidental actual.

O Homem dos nossos dias quer viver o mais possível e morrer bem velhinho das chamadas causas naturais. A morte súbita parece ser hoje, ao contrário da doença prolongada, a mais comumente esperada e desejada, supostamente pelo facto de ser imaginada como aquela que causará menos sofrimento (Pacheco, 2002).

⁵ Este termo criado por Gruman em 1966 (cit. por Kastenbaum & Aisenberg, 1983) significa a “extensão significativa da duração da vida por acção humana”.

Contudo, a distinção entre morte *natural* e *não natural* que nunca foi de fácil defesa, face à análise lógica, tornou-se ainda mais complexa. Com a evolução dos conhecimentos médicos, o conceito de morrer de velhice, ou dessa dita morte natural, praticamente deixou de existir. A ciência de hoje procura sempre um culpado para a morte, que é, normalmente, uma doença.

A evolução da medicina levou também a uma evolução no conhecimento acerca do processo do morrer, e da própria definição do conceito de morte. Até ao final do séc. XIX considerava-se que a morte de uma pessoa ocorria com a paragem da respiração. Com a invenção do estetoscópio passou a dar-se mais ênfase à cessação da actividade cardíaca e, no final dos anos 50, descobriram-se casos de cérebros mortos em corpos ainda vivos (Cruz, 2004).

Sabe-se hoje que é praticamente impossível determinar de forma absoluta o momento da morte, já que a fisiologia comprova que a morte não é um fenómeno instantâneo e momentâneo, mas um processo, por vezes, muito arrastado.

Assim, a morte de um ser humano pode ser avaliada de duas formas: através da verificação da paragem irreversível das funções cardíacas e respiratórias ou através da comprovação da abolição irreversível das funções do tronco cerebral (Cruz, 2004).

A Psicologia e a Morte

A consciência da perda da mais íntima posse de uma pessoa, a de si próprio, pode ter dado origem não só à disciplina da Filosofia⁶, mas também ao seu rebento dissidente, a Psicologia. Esta, todavia, tem estudado a percepção, o pensamento, o sentimento, a acção e a interacção bem sucedida (ou não) com as outras pessoas, mas

⁶“(…) pois a filosofia não é o estudo da morte?” (Sócrates In Platão, 1997)

raramente considera a relação entre a morte e estes processos, nem o modo como os sentimentos e pensamentos acerca desta influenciam a nossa vida diária (Kastenbaum & Aisenberg, 1983).

Após os acontecimentos da II Guerra Mundial e de todas as suas consequências, a morte começou a suscitar cada vez mais interesse ao nível da Psicologia. Por volta dos anos 50 a Psicologia e ciências afins começaram a considerar os sentidos sobre a morte e o morrer como um problema que poderia ser objecto de investigação científica. Assim, nos anos 60, autores como Templer (1970) e Lifton (1973), iniciaram alguns estudos acerca da influência da morte na nossa vida. Desde então, estes estudos têm aumentado consideravelmente como constataam vários autores (Kirchling & Osmont, 1992-1993; Neimeyer, 1994; Thorson & Powell, 1988).

Os estudos de Kubler-Ross (1991 e 1998a) foram dos que mais se destacaram. Esta autora recolheu milhares de testemunhos, de diferentes sistemas culturais, crenças e idades, chegando à conclusão que a morte é uma experiência única, que nada tem a ver com o sistema de crenças.

No entanto, não se pode falar no mesmo conceito e noção de morte em todas as etapas da vida de um indivíduo. Na realidade, de acordo com a maioria dos autores, entre os quais Lifton e Olson (1974), a ideia de morte está psicologicamente presente desde o início da vida, embora a criança necessite de alguns anos para a compreender.

Ajuriaguerra e Marcelli (1991) sintetizaram as conclusões de diversos autores acerca da evolução da noção de morte, propondo que até aos 2 anos existe uma total incompreensão e indiferença face à morte. Desde esta idade até aos 4/6 anos, vida e morte são percebidos como dois estados diferentes, mas ambos reversíveis e não

ameaçadores, correspondendo a fase seguinte, dos 4/6 anos aos 9 anos, à fase do realismo infantil, referente ao domínio da permanência do objecto, que se traduz por representações concretas, em que a morte é vista como um elemento do ciclo biológico. Finalmente, entre os 9 e os 11 anos, a criança tem acesso à simbolização da morte, adquirindo o domínio deste conceito.

De facto, vários autores (Firmino, 1991; Gesell, et al., 1977; Kastenbaum & Aisenberg, 1983) sugerem que a ideia de morte (própria e do outro) só parece estar conceptualizada a partir dos 9 anos de idade. Todavia, deve ter-se presente que a evolução do conceito não se relaciona apenas com a idade, dependendo também do meio, das experiências que a criança vive nesse mesmo meio e da forma como o representa. Assim, os conceitos que se desenvolvem entre infância e adolescência dependem das experiências do indivíduo e, somente na adolescência, o conceito de morte se encontra bem definido.

Os primeiros contactos com a morte podem, efectivamente, ocorrer na infância. Ariés (1989) refere que em tempos idos era precisamente isso que acontecia. Ao observar pinturas de quartos de moribundos até ao séc. XVIII, pode verificar-se que estes eram pintados com o doente acompanhado da família e amigos, incluindo sempre as crianças.

Esse contacto precoce com a morte ainda acontece com as crianças de culturas não ocidentais, as quais aprendem sobre o sistema de crenças relacionadas com a morte através da participação nos rituais a ela associados. Contudo, a maioria das crianças ocidentais é hoje, muitas vezes, afastada dos funerais sendo-lhes vedado esse contacto com a morte⁷.

⁷ A este propósito Young e Papadatou (In Parkes, et al., 2003) referem que as crianças deverão ser encorajadas, mas não forçadas, a presenciar ou a participar nos funerais. Durante o evento deverão ser preparadas e apoiadas por adultos em quem tenham confiança, e dever-lhes-á ser dada a oportunidade de verem e tocarem o corpo.

Independentemente deste facto, percebe-se que o primeiro contacto que temos com a morte é através da percepção da morte do outro.

Tal como Jankélévitch (1977) refere não é possível falar do nosso morrer porque é uma fase não experienciável da nossa existência. Para este autor, trata-se de uma fase «meta-empírica» que, mal é vivida, torna-se incomunicável para sempre aos outros e a nós mesmos.

De facto, imaginar o nada ou o vazio absoluto é para nós uma tarefa difícil, senão impossível.

Freud (1957) refere que o Homem não consegue conceber a sua própria morte e, quando o faz, permanece ainda como espectador. A morte é uma limitação no tempo e no espaço. Embora, muitas vezes, não a possa negar, o que leva a angústias e/ou medos, a intemporalidade do seu inconsciente leva-o a não acreditar na sua própria morte e a convencer-se da sua imortalidade.

Só a capacidade de renegar a própria morte dá ao Homem a possibilidade de sobreviver mentalmente. O desespero provocado pela expectativa de aniquilamento individual fez com que o Homem, através de sua actividade e produção socializada, encontrasse uma maneira de se defender contra tal angústia (Figueiredo, 1993).

Apesar desta tendência do Homem para não pensar acerca da sua própria morte, a realidade é que ele reconhece antecipadamente a possibilidade de morrer, reconhecendo, também, que isso não obedece ao seu controlo.

Então, a única forma de viver com este conhecimento é-lhe dada pela sua capacidade psicológica de negação do carácter inelutável da própria morte. Contudo, não a podendo negar, surgem, então, angústias e/ou medos que necessitam de ser serenados.

O Medo da Morte

A vida quotidiana é uma vida de actividades e hábitos, sendo, de facto, pouco marcada pela morte, estando esta frequentemente ausente do nosso campo de consciência. O Homem é atingido pela morte como se de uma catástrofe irremediável se tratasse, causando-lhe uma grande angústia e medo.

Medo é o estado psicológico mais frequentemente citado quando médicos discutem respostas ou atitudes para com a morte (Kastenbaum & Aisenberg, 1983).

O grande medo da morte é a emoção, o sentimento ou a consciência da perda da individualidade. O medo da morte é mais intenso numa sociedade individualista, do que em sociedades antigas em que direcção era para o grupo.

“O medo da decomposição não é mais do que o medo de perder a própria individualidade.” (Morin 1997, p. 29)

Francis Bacon (cit. por Ruffié, 1986) dizia que o Homem tem medo da morte como as crianças têm medo do escuro.

Segundo Ariés (1989), desde meados do século XIX, que a morte foi assumindo lentamente uma imagem mais longínqua e mais tensa que provoca medo, de tal modo que nem se ousa enunciá-la, sendo *a morte interdita*.

Thorson e Powell (1992) referem que o reconhecimento de que o medo da morte é universal remonta, pelo menos a 1896, nos trabalhos de Hall.

Stern (1968) constata que materiais referentes à morte surgem regularmente em todas as análises. De acordo com Klein (1948) e Becker (1973) a ansiedade face à morte é a raiz de toda a ansiedade.

Em Psicologia, o medo da morte e de tudo o que a ela está associado, define-se como *tanatofobia* (Fink, 2000).

No entanto, o medo da morte é um conceito não unitário e, ao falar-se dele, podemos estar a referir-nos a conceitos diversos. Como tal, convém esclarecer convenientemente os conceitos e distinguir, claramente, medo de ansiedade perante a morte.

O medo é uma resposta natural face à ameaça da nossa vida ou de alguém de que gostamos, tendo-lhe inerente importantes funções biológicas, na preparação do nosso corpo e mente, para certas situações. A ansiedade é um estado emocional aversivo associado à apreensão antecipada de possíveis futuros perigos, envolvendo sintomas somáticos de tensão e sentimentos disfóricos (Parkes, 1997).

A apreensão ansiosa e medo são reacções normais, de resposta emocional ao perigo e à ameaça, correspondendo a comportamentos defensivos comuns a qualquer animal. Neste sentido, distinguem-se das desordens patológicas de ansiedade, em que as respostas são disfuncionais.

A ansiedade é uma resposta antecipatória enquanto que o medo é causado por algo específico. Na primeira, a ameaça é, normalmente, imaginada, enquanto que no medo ela é real, ou seja, pode falar-se de um pressentimento, no caso da ansiedade, e de uma real necessidade de fugir, quando nos referimos ao medo (Rosen & Schulkin, 1998). Assim, o medo é uma fonte de motivação que serve para o organismo se alertar e se tentar proteger, lidando com a situação, quando esta é percebida como incerta ou incontrolável. Nesta altura, surge uma apreensão antecipada do que irá acontecer.

Há ainda que distinguir entre o medo de uma morte no futuro e o medo de morrer que surge em situações de perigo extremo. Neste sentido, falamos de ansiedade perante a morte como definição de um sentimento vivido no dia-a-dia e não daquele vivido face a uma situação de morte eminente.

Então, ansiedade perante a morte refere-se ao stress ocasionado por uma elevada preocupação com a mortalidade pessoal, preocupações com a perda da vida e o processo de morrer, sendo, por vezes, alargada à morte de outros e à preocupação de como a nossa morte os possa afectar (Fink, 2000).

Perante a incerteza da existência de vida para além da morte e sabendo que o Homem, do ponto de vista psicológico, tem que se defender contra a ansiedade que esta provoca, um aspecto interessante diz respeito ao facto evidenciado por vários estudos que demonstram que os sujeitos que acreditam, de algum modo, na vida para além da morte registam níveis muito inferiores de ansiedade perante esta (Minean & Brush, 1980-1981; Thorson & Powell, 1988; Vandecreek, 1994).

De facto, várias teorias têm sido concebidas de modo a compreender como o ser humano, face à realidade de que um dia vai morrer, consegue subsistir sem desenvolver uma ansiedade incontrolável.

“The common core of all these theories seems to be attempt to develop a sense of personal continuity and transcendence, which helps in reducing the terror of death and allows life to be lived to the fullest.” (Florian & Mikulincer, 1998, p.725)

A Morte Adiada

O progresso da ciência, o aumento da esperança de vida e a medicalização dos nossos males conservam a morte a uma boa distância dos jovens e adultos de meia-idade, ou seja, a morte encontra-se adiada.

A maioria dos indivíduos pensa que irá viver até à velhice e, consciente ou inconscientemente, programa cada nova etapa da sua vida, jamais meditando sobre a sua morte.

Apenas em certos momentos na vida, em particular nas crises e em situações específicas como o luto e a doença, somos obrigados a reflectir e meditar sobre as questões do sentido e do sagrado. No entanto a morte surgirá nas nossas vidas um dia, mais cedo ou mais tarde.

“Quem escapa de morte violenta ou desnecessária eventualmente morrerá das chamadas causas naturais, isto é, doença e deterioração.” (Kastembaum & Aisenberg, 1983, p.331)

Quando somos confrontados com algo de súbito que poderá levar à nossa morte, reagimos como se fosse um choque, que normalmente é seguido de raiva. A esta situação Pattison (1977, cit. por Stedeford, 1986) chama de crise do conhecimento da morte.

Esta crise corresponde à fase em que a ansiedade está no auge, pois o indivíduo já admite a ameaça de morte mas ainda está incerto em relação à sua inevitabilidade. A incerteza é, talvez, uma das experiências mais difíceis que a psique humana poderá enfrentar. Esta incerteza é uma das características mais marcantes da doença que é apresentada de seguida, o cancro.

Cancro

“Quando acabamos de fazer tudo o que viemos fazer aqui na Terra, podemos sair de nosso corpo, que aprisiona nossa alma como um casulo aprisiona a futura borboleta. E, na hora certa, podemos deixá-lo para trás, e não sentimos mais dor, nem medo, nem preocupações – estamos livres como uma linda borboleta voltando para casa, para Deus...”

- de uma carta a uma criança com cancro⁸

A Problemática do Cancro

Conhecido desde a mais remota antiguidade, o cancro é já mencionado no papiro cirúrgico de Edwin Smith (3000 a 2500 a.C.), no papiro de Ebers (1500 a.C.) e nos antigos documentos da literatura hindu e persa (Brannon & Feist, 1992).

A designação de cancro, atribuída a Hipócrates, foi porventura escolhida porque certos cancros adiantados apresentam uma massa central e ramificações periféricas que penetram, como raízes, nos tecidos adjacentes, assemelhando-se, grosseiramente, à imagem de um caranguejo (Pereira & Lopes, 2002).

Apesar de o cancro ser uma doença conhecida desde tempos remotos, e falada ao longo de vários séculos, só após o compasso de espera que representou a idade média existiram importantes avanços na medicina e, conseqüentemente, no estudo desta doença. Estes avanços deveram-se, entre outros factores, à descoberta da imprensa e ao estabelecimento de bases para a investigação científica.

“O séc. XVIII é assinalado pelas mais importantes descobertas no domínio das ciências biológicas.” (I.P.O., 1941, p.12)

⁸ In Kubler-Ross (1998b).

Nos séculos XVIII e XIX os dados que começaram a retirar-se das autópsias e os estudos das lesões encontradas nos cadáveres, foram fundamentais no lançamento das primeiras hipóteses sobre as causas determinantes do cancro.

O interesse pelo estudo desta doença cresceu e começou a manifestar-se grandemente no início do séc. XX. Em 1904, procurando seguir o que se fazia noutros países da Europa, o ministro do reino da altura nomeia a primeira comissão para o estudo do cancro, sendo este um marco importante na luta contra esta doença em Portugal (Botelho, 1998).

O cancro é, actualmente, um dos maiores problemas de saúde a nível mundial. Apesar dos inúmeros avanços na medicina, muitas pessoas continuam a morrer com esta doença. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2007)⁹, o cancro constitui um grave problema de saúde para a população portuguesa, constituindo a segunda causa de morte. Deste modo, é alvo de variados estudos que tentam explicar as suas causas e encontrar possíveis curas.

Fisiopatologia do Cancro

Todos os seres vivos são constituídos por partes elementares denominadas células¹⁰. Sabemos que estas são a unidade de organização de todo o material biológico. Enquanto vivemos, as nossas células estão constantemente a reproduzir-se, a desenvolver-se e a regenerar-se.

Dentro do núcleo de cada uma dessas células existe o ácido desoxirribonucleico (ADN) e, a todo o conjunto deste ADN, dá-se o nome de

⁹ O relatório de 2007 do Observatório Europeu para a Política e Sistemas de Saúde coloca o cancro como a segunda causa de morte em Portugal, só superada pelas doenças do sistema circulatório.

¹⁰ São partículas normalmente microscópicas, cada uma das quais representa uma unidade de matéria, dotada das propriedades essenciais que caracterizam a vida (Instituto Português de Oncologia, 1941).

genoma, elemento responsável pela identificação do indivíduo¹¹. O ADN contém memórias e programas específicos, que obrigam as células a trabalharem continuamente e a substituírem as células que morrem (Oliveira, Pedrosa & Pires, 1994).

A renovação celular é fundamental para a vida. Os tecidos produzem constantemente células novas, normais, para substituir as que morreram ou foram danificadas. Deste modo os tecidos mantêm a sua função específica. Por vezes, contudo, algo corre mal. Em lugar de produzir uma quantidade correcta de células normais, os tecidos produzem células anormais que proliferam sem controlo, formando tumores que invadem os tecidos à sua volta e se disseminam para outras partes do corpo. É este crescimento descontrolado e potencialmente fatal que resulta no cancro.

As células podem evoluir num de dois caminhos, a mitose ou a diferenciação.

Na mitose, são originadas duas células filhas, que herdaram o mesmo aspecto e funções da progenitora, sendo cópias exactas desta, uma vez que mantêm sempre um ADN igual (Oliveira, et al., 1994).

Para criar novas células, um organismo não pode recorrer somente à mitose. Algumas células, quando amadurecem, perdem a capacidade de entrar em mitose. Em função disso, o organismo criou um segundo método de desenvolvimento celular: a diferenciação. Este é um processo gradual através do qual a célula muda a sua estrutura para que possa executar uma tarefa específica. As células podem variar entre pouco diferenciadas e muito diferenciadas.

¹¹ No caso dos gémeos verdadeiros embora sejam dois indivíduos diferentes partilham o mesmo património genético tendo genomas idênticos.

No entanto, no decorrer destes processos ocorrem, por vezes, alterações no ADN de determinadas células. Surgem, assim, células “anormais” milhões de vezes ao longo da nossa vida.

“Sooner or later, exposure to ultraviolet light, chemicals from the environment or even the byproducts of normal metabolism damages one of the genes in a cell.” (Lemonick & Park, 2001, p.60)

Então, pode dizer-se que existem certos factores, internos ou externos, que poderão provocar a deformação de células ou ajudar ao nascimento e formação de células anormais. Dessa mutação poderá surgir o cancro e nesses casos os factores são denominados de carcinogéneos (Pollock, et al., 2006).

Mas então porque é que certas mutações do ADN dão origem a cancros e outras não? Parte dessa resposta poderá estar no nosso sistema imunitário.

A principal acção do sistema imunitário é oferecer protecção contra agentes nocivos, denominados de anti-genes, tais como vírus, bactérias, alergénicos e células anormais. Este sistema entra em acção quando reconhece um corpo estranho ao organismo, combatendo-o e destruindo-o. Assim, o sistema imunitário tem que distinguir entre aquilo que pertence ao próprio corpo, isto é, aquilo que faz parte do “eu” e aquilo que é um intruso, isto é, aquilo que é “não eu” (Mello, et al., 1992).

Um reconhecimento do externo implica, necessariamente, o conhecimento interior de si próprio. Sem o eu próprio, ou ego (conjunto de elementos orgânicos e psicológicos), o outro é inexistente. Sem essa primeira evidência a segunda não existe. Todo o elemento alheio ao ego não pode ser considerado como não ego, enquanto a estrutura mental e a evolução biológica (e a imunológica) não tiverem reconhecido o ego. O sistema imunitário aprende a identificar o não ego e a sua

função através de um processo de auto-reconhecimento permitindo, assim, reconhecer aquele que é diferente ao próprio organismo (Mello, et al., 1992).

Austen (cit. por Rogers, 1989) defende que o sistema imunitário tem um papel fundamental na manutenção da homeostasia corporal e da saúde e, como tal, pequenas flutuações podem ter implicações directas.

No caso do cancro, num dado momento da vida de um indivíduo, e por razões variadas, células anormais que são normalmente claramente reconhecidas e identificadas como não ego, sendo rapidamente destruídas e eliminadas, passam a ser reconhecidas pelo indivíduo como integrantes do ego. Esta é a razão porque alguns especialistas consideram o cancro uma doença auto-imune (Mello, et al., 1992).

Se as funções do sistema imunitário não estiverem a funcionar em pleno, este sistema pode falhar na detecção de células estranhas ao organismo falhando, assim, no seu combate e permitindo a sua proliferação (Carroll, 1992).

Isto irá permitir o desenvolvimento desta célula tumoral diferente, não provocando reacções imunológicas que a destruiriam antes desta alteração. Os factores que levam a que tal aconteça são, no entanto, difíceis de explicar, visto que o sistema imunitário é algo muito complexo.

Alguns dos factores que se sabe estarem na origem do aparecimento de alguns cancros estão relacionados com uma desregulação do crescimento celular. Existem factores de crescimento e de inibição de crescimento que se ligam a receptores da célula e que transmitem sinais que indicam quando estas devem começar e parar a sua multiplicação.

Este equilíbrio pode ser alterado se ocorrer uma mutação num gene do factor de crescimento ou num gene inibidor. A mutação em qualquer dos genes altera a sua função ou inactiva o gene. Caso se trate de um gene do factor de crescimento, uma

mutação pode transformar o gene num oncogene, ou seja, um gene do factor de crescimento anormal que torna a célula cancerosa. No caso de um factor inibidor de crescimento, a mutação pode inactivar o gene. Sem o gene para manter a proliferação sob controlo, a célula torna-se cancerosa. Os genes inibidores de crescimento são também denominados genes supressores do tumor, dada a sua capacidade amplamente estudada para suprimir o cancro (Pollock, et al. 2006).

Os cientistas hesitam antes de afirmar que "os oncogenes ou genes supressores do tumor são a causa do cancro". Esta hesitação é em parte devida à diversidade do cancro: nem todos os cancros evoluem do mesmo modo e alguns não parecem estar associados aos oncogenes. Outro motivo é o facto do cancro tender a progredir por etapas.

Pelo facto pouco provável de uma única mutação ser responsável pelo processo multifacetado que leva ao cancro, os cientistas acreditam que é uma cascata de alterações genéticas que o provoca. Portanto, o cancro é visto como um processo multifactorial que se inicia com alterações genéticas num tecido até aí normal e culmina numa transformação maligna, a transformação de tecido normal em cancro.

O que se sabe é que quando surgem alterações no ADN de uma determinada célula, esta multiplica-se e cresce de forma desordenada e descontrolada, sendo este o primeiro passo para se formar o cancro. Se este acidente não for detectado por mecanismos de vigilância e de defesa, as células multiplicam-se muito rapidamente, podendo invadir zonas vizinhas. Esta proliferação celular origina tumores ou neoplasmas, que são massas de células anormais. Estes tumores tanto podem ser benignos como malignos, mas só estes últimos são cancerosos (Bishop, 1994).

Os tumores benignos são constituídos por células relativamente típicas de tecidos de onde são originárias, sendo normalmente localizadas. Têm um crescimento lento, são capsulados e não invadem tecidos (em casos raros, contudo,

tumores benignos não tratados podem provocar a morte se afectarem um órgão vital). Uma vez que não invadem os tecidos vizinhos, os tumores benignos são relativamente fáceis de remover cirurgicamente, dependendo apenas da sua localização.

Os tumores malignos invadem tecidos e órgãos intrínsecos do sujeito, podendo originar metástases, ou crescimentos secundários, em locais do corpo afastados do local original do desenvolvimento desta mutação, uma vez que têm células que invadem outros órgãos do corpo, ou seja, metastizam através da corrente sanguínea e implantam outros cancros noutras partes do corpo (Bishop, 1994).

Então, as células humanas normais, após um certo número de duplicações, morrem e são suplantadas pelas suas duplicações. Este morrer e renovar-se é perfeitamente equilibrado e o organismo mantém a sua estrutura.

No entanto, as células tumorais não participam deste princípio biológico, sendo a sua reprodução praticamente infinita enquanto participarem os elementos necessários para o seu metabolismo. Deste modo, comportam-se como imortais.

Deste modo, o cancro resulta, em última análise, da proliferação anormal e anárquica de certas células do organismo e, em princípio, toda célula fértil pode tornar-se o ponto de partida de um tumor maligno. Deste modo, o cancro não é uma doença, mas sim um conjunto de doenças diferentes, sendo essa diferença determinada pelo tipo de célula onde a doença começa, existindo estudos científicos e estatísticos que demonstram haver locais com uma maior taxa de incidência e sobrevivência (Barnabé, 1997; Fallowfield, 1990, Straub, et al., 2005).

A classificação do cancro baseia-se na sua histogénese, ou seja, o tipo de tecido do qual o tumor deriva. Embora existam mais de 250 tipos de cancro estes podem agrupar-se em quatro grupos gerais (Straub et al., 2005):

- Carcinomas (Tecido epitelial)
- Sarcomas (Tecido conjuntivo)
- Linfomas (Tecido linfático)
- Leucemias (Tecidos sanguíneos e formadores de sangue)

Compreende-se, pois, que os cancros apresentem aspectos morfológicos muito variáveis, consoante a natureza do elemento celular originário, o que faz com que tenham tratamentos e prognósticos muito diferentes. A gravidade do cancro depende, ainda, das características da célula maligna inicial, do órgão ou tecido em que teve origem, do local onde se instala e das características do indivíduo, tais como idade, estado das defesas e constituição genética.

Na maioria dos casos o prognóstico depende da altura em que o cancro é detectado, sendo muito mais complicado a partir do momento em que há metastização, já que na maioria dos casos a causa de morte não é o tumor primário, mas a sua difusão no corpo que, por vezes, atinge órgãos vitais.

Aspectos Psicossomáticos da Etiologia da Doença

É sempre muito complicado perceber quais as causas do surgimento de um cancro. Sabe-se que os factores genéticos e de hereditariedade são determinantes para o despoletar de alguns cancros. Existem também vírus e factores físicos e químicos que estão associados ao surgimento de outros. No entanto, muitos outros factores podem condicionar o seu aparecimento.

Entre esses factores encontramos, também, factores psicológicos. O médico grego Galeno foi talvez o primeiro a tentar associar um factor psicológico ao surgimento de um cancro¹². Com o passar dos séculos, existe uma visão diferente do assunto não se estabelecendo, normalmente, uma causalidade linear, mas uma associação entre factores de risco e o surgimento da doença.

A influência de factores psicológicos, relacionais ou sociais na eclosão, aparecimento ou evolução dos cancros é difícil de estabelecer e, mais ainda, de avaliar.

Todavia, conhecemos hoje melhor a relação entre certos comportamentos humanos e o risco de desenvolver certos tipos de cancro. Determinados hábitos de vida, medicamentos, exposição ao sol sem protecção, alimentação, práticas sexuais e o consumo de álcool e de tabaco são outros tantos domínios sensíveis (Bacalhau, 1997).

A idade é também um factor a ter em conta, sendo mais frequente o surgimento de um cancro a partir dos 40 anos¹³.

Todos estes factores poderão aumentar a probabilidade de surgirem células anormais, dificultando o trabalho do sistema imunológico. O problema pode surgir, no entanto, quando existe uma desregulação do sistema imunológico que provoca esse não reconhecimento do estranho. Torna-se, então, fundamental tentar compreender quais as possíveis causas desta desregulação.

Existem várias evidências da associação entre factores psicológicos e o sistema imunológico. Segundo Rogers (1989), os factores psicológicos são de grande

¹² Galeno (200 a.C.) estabeleceu um nexo (causal?) entre o temperamento (melancólico, no caso) e o aparecimento de um tumor maligno no seio, em certas mulheres (Haynal, et al., 1998).

¹³ Weitzner et al. (2000) referem estatísticas de Landis (1999) que mostram que nos Estados Unidos da América mais de 60% dos cancros ocorrem em pessoas com mais de 65 anos. Autores como Pollock, et al. (2006) afirmam que, de facto, o aumento da esperança de vida é um dos factores associados ao aumento do número de casos de cancro.

importância no início e no percurso de uma grande variedade de doenças tais como, cancro, alergias, doenças infecciosas e doenças auto-imunes.

Weiss (2000) cita um artigo do “The New England Journal of Medicine”, um dos mais prestigiados jornais de medicina dos E.U.A., que precisa o facto de o stress deprimir o funcionamento natural do nosso sistema imunitário.

Estudos com animais revelam que o stress mental pode, sem dúvida, modular o crescimento de um cancro. Outros estudos mostram que a vontade de viver pode prolongar o tempo de vida em pessoas com doenças terminais (Stoll, 1986).

Holland (2003) refere que a significância dos mecanismos psico-imunes continua a ser pouco clara e que os investigadores devem ser modestos nas afirmações que fazem sobre a sua influência no risco e sobrevivência de cancro.

Sabemos, porém, que o stress crónico cria alterações fisiológicas e comportamentais, o que poderá levar a que alteremos os nossos comportamentos básicos, como é o caso da alimentação ou dos hábitos de sono. No fundo, poderá desencadear uma desregulação do nosso organismo e, conseqüentemente, originar deficiências ao nível das suas defesas.

“Psychosocial stressors may have a direct influence on the immune function.”
(Fink, 2000, p.231)

Assim, parece evidente a existência de uma relação entre o stress e o somático. No caso dos doentes de cancro, o sistema imunitário poderá estar já enfraquecido e este enfraquecimento pode advir de uma anterior situação de stress.

Sendo o hipotálamo a base do sistema endócrino, poderá afirmar-se que este órgão constitui a chave para os mecanismos psicossomáticos que podem influenciar

o crescimento do tumor. Existem mecanismos pelos quais o stress emocional e factores psico-endócrinos actuam através do hipotálamo. Este estimula a produção das hormonas que podem afectar o crescimento de cancros sensíveis a estas substâncias. No entanto, a mera existência de tais trajectórias não prova que factores psicogéneos influenciem directa e activamente o desenvolvimento e crescimento de um tumor, mas podem inibir o sistema imunitário com que está interligado (Rogers, 1989).

Do ponto de vista da psicossomática, o aspecto mais investigado sobre o cancro tem sido o papel dos acontecimentos vitais e a importância do stress no despoletar da doença. Algumas ds investigações levadas a cabo em seres humanos, têm demonstrado que existe uma relação entre acontecimentos indutores de stress e o aumento do risco de cancro durante as décadas posteriores a esse episódio, e isto independentemente da idade, alimentação e outros factores de risco (Sapolsky, 1992).

Mello et al. (1992) fazem referência a uma série de estudos, quer retrospectivos quer prospectivos, que se propuseram investigar a influência de possíveis causas psicológicas no surgimento do cancro. Alguns destes estudos evidenciam a influência de vários factores, tais como: o luto, a perda de uma relação significativa antes do início da doença, a incapacidade para expressar sentimentos, a impossibilidade de solucionar problemas emocionais e conflitos, e situações de stress social, como são os casos do divórcio e da perda de emprego.

Sami-Ali (Sami-Ali, et al., 2000) faz igualmente referência a um estudo, que considerando a hipótese de uma origem multifactorial do cancro, isto é, referindo-se a factores biológicos, sociais e psicológicos, demonstrou a importância dos acontecimentos de vida, tais como traumas físicos e psíquicos, dificuldades

relacionais e separações, bem como a importância da existência de traços depressivos.

Então, alguns estudos parecem demonstrar que determinados estados psíquicos, ao deprimirem o nosso organismo, poderão favorecer o aparecimento de um cancro. No entanto, enquanto que factores sociais e outros, como o estilo de vida, são cada vez mais associados ao surgimento do cancro, a investigação, nos últimos anos, tem encontrado pouca evidência de que eventos traumáticos e tipos de personalidade sejam causas contribuidoras para o aparecimento deste (Holland, 2003).

A disparidade de resultados entre estudos que tentam, de algum modo, relacionar factores psicológicos com o surgimento de cancros estará, possivelmente, ligada com as dificuldades de realização dos próprios estudos, mas também com as próprias características da doença.

De facto, é muito difícil afirmar com exactidão qual o acontecimento que despoletou o início da doença. Na realidade, uma lesão tumoral atinge inicialmente uma ou poucas células, surgindo no ser humano entre dois, cinco ou até 15 anos antes do seu possível reconhecimento clínico. É esse o tempo ou idade verdadeira da história de um tumor, o que dificulta que se descubra o momento preciso da sua origem (Mello, et al., 1992).

Para tal, são necessários estudos longitudinais que, além de serem morosos e trabalhosos, não nos permitem concluir acerca da existência de factores psicológicos na causa e origem de um cancro. No entanto, não descurando a importância dos factores biológicos, há que ter em conta o peso do funcionamento psicológico do indivíduo, do modo como este se relaciona e de alguns acontecimentos de vida.

“Todas as doenças têm factores psicológicos mas em algumas estes são tão pequenos que não lhe chamamos psicossomáticas. (...) no entanto (...) todas as doenças, em geral, são provocadas por uma multiplicidade de factores, alguns dos quais poderão ser psicológicos.” (Matos, 2003, p.147)

A Teoria do Impasse

A concepção unicausal das doenças deu lugar a uma perspectiva multifactorial. Nesta óptica, a saúde e a doença são resultantes de múltiplas linhas de força, biológicas, psicológicas e sociais.

Para Mello et al. (1992), do ponto de vista da psicossomática a abordagem ao cancro deve ser efectuada pretendendo ler, escutar e compreender a enfermidade a partir do paciente.

Na realidade não existe um cancro, mas sim cancros, que devem ser estudados tanto a nível imunológico como psicológico, sob um ponto de vista holístico. Não se devendo ter um constructo redutor, a pessoa deve ser pensada como um todo, não dissociando corpo e mente, através de um modelo de causalidade circular, em que o biológico e o relacional interagem entre si.

As pesquisas da ciência médica sobre o cancro mostram a importância do stress na sua origem que, segundo Sami-Ali (Sami-Ali, et al., 2001), deve ser considerado como um equivalente da situação de impasse.

No entanto, o stress, por si só, também não é a causa da doença. Ter-se-á que ter em consideração, mais uma vez, o funcionamento psicológico de cada indivíduo e o modo como este se relaciona com o outro.

A teoria do impasse está fundamentalmente ligada à impossibilidade de resolver os conflitos relacionais, internos e externos. O mesmo autor diz que, pela

sua experiência, “(...) há sempre uma situação de impasse quando se trata de uma doença orgânica grave.” (Sami-Ali, 1992, p.166)

Não é o funcionamento que determina a patologia mas sim a sua conjugação com uma situação de vida, sendo esta última a condição mais importante, ou seja, a situação de impasse. Quando esta situação não é resolvida, pode originar uma psicopatologia ou mesmo uma doença orgânica.

No psicossomático existe um apego excessivo à realidade o que faz com que se sobreadapte às situações, nomeadamente àquelas que lhe provocam mal-estar. Isto sucede porque este mal-estar lhes é imperceptível, ou seja, apresentam uma típica tendência para suprimir os seus problemas emocionais e conflitos, tendo uma “saída diminuída” para a descarga emocional (Matos, 1999a, 1999b). Existe como que um recalçamento da função do imaginário na situação de impasse e, esse conter das emoções e do trabalhar sobre elas, pode levar à somatização.

Os doentes com cancro podem encontrar-se, igualmente, numa situação de impasse cuja estrutura lógica é a de uma contradição, que fecha todas as saídas, existindo um defeito do imaginário e da projecção e, conseqüentemente, uma situação inultrapassável que pode resultar numa patologia somática.

“The cancer prone individual is characterized by a strong need to achieve an unattainable goal, resulting in depression and hopelessness.” (Fava e Freyberger, 1998, p.533)

Nem a fuga nem o ataque são possíveis, de modo que o problema se torna insolúvel e a situação toma o caminho do esgotamento, ou seja, da depressão ou da somatização. É como que um círculo vicioso que é o meio último de negar a mudança.

“En ce sens, découvrir une impasse à l’arrière-plan d’une pathologie organique ne signifie nullement qu’on introduit subrepticement la psychogenèse, ni qu’il s’agit d’une somatisation.” (Sami-Ali, 2000, p.7)

Estes pacientes apresentam, muitas vezes, uma ausência de representações do imaginário e da actividade onírica e uma dificuldade em expressar os afectos. O sonho, que é uma ponte entre o presente e o passado e símbolo de uma actividade onírica, muitas vezes cessa, talvez porque, tal como Sami-Ali (2000) refere, os ritmos biológicos e corporais encontram-se, muitas vezes, alterados sendo a percepção do movimento do tempo um dos pontos fundamentais. Parece que estes sujeitos perderam o sentido de existirem esgotando todo o seu tempo em direcção à morte sem qualquer objectivo. Alguns deles referem que o tempo “parece que encolhe” (Sami-Ali, 2000).

“Si le problème central est ici la temporalité, celle-ci renvoie d’abord a la finitude de la vie, laissant se profiler l’impasse comme forme ultime du destin.” (Sami-Ali, 2000, p.3)

Assim, o conceito estratégico desta “teoria” é perceber se existe, de facto, um impasse relacional de forma a trabalhar tanto os aspectos já existentes antes do surgimento do cancro, como factores que podem ser consequência do seu diagnóstico.

Resumindo, permanece difícil perceber se os factores psicológicos são uma causa ou consequência desta doença¹⁴.

¹⁴ Para Mendes Pedro trata-se de um “(...) falso problema o de saber se o psiquismo determina o somático ou o contrário, uma vez que ambos estão unidos desde o início na relação de interacção recíproca que constitui o sujeito, e não tem uma relação de etiologia com sentido único.” (Sami-Ali, et al., 2004, p.317)

O Diagnóstico de um Cancro

Um cancro pode ser detectado de várias formas. O diagnóstico pode ser feito através de um exame clínico, radiológico, endoscópico, histológico, entre outros. Este diagnóstico pode surgir numa fase mais ou menos avançada da doença, podendo ser detectado numa fase ainda localizada, numa fase de invasão ganglionar ou numa fase de generalização.

Contudo, independentemente da fase em que é diagnosticado e do tipo de tumor de que se trata (podendo ser um tumor benigno ou maligno), o surgimento desta doença acarreta sempre uma série de consequências.

Se parece evidente a influência do stress no aparecimento de um cancro, o stress que surge com o seu diagnóstico é-o ainda mais.

O cancro é uma doença de má reputação, quer devido ao estigma social que lhe está inerente, quer devido aos atributos de incurabilidade e malignidade a que está associado, sendo frequentemente conotado com a ideia de morte.

“(...) for many patients, cancer-related distress is focused around specific fears or concerns. Such fears include fear of death (...)” (Fava e Freyberger, 1998, p.347)

Quando é diagnosticado um cancro é despoletada uma reflexão sobre a mortalidade, surgindo em quase todos os pacientes uma ansiedade perante a morte independentemente do tipo, estágio ou prognóstico do cancro, como demonstra o estudo de Cella e Tross (cit. por Fava & Freyberger 1998).

A percepção de tempo é alterada existindo uma perda do sentimento de imortalidade. Passa a ser necessário reflectir sobre o sentido da vida e da morte. O

bem-estar psicológico é afectado por esta ansiedade e angústia de vir a morrer, que se sobrepõe, muitas vezes, ao como viver (Kubler-Ross, 1998a).

O cancro continua a ser uma das doenças mais temidas do nosso tempo. A sua ambiguidade manifesta-se em todos os aspectos da vida do indivíduo, desde a incerteza da cura, à possibilidade de morte eminente, passando ainda pelo medo do sofrimento físico. Deste modo, continua a ter uma conotação particularmente negativa (Costa & VandenBos, 1990).

Como os estudos demonstram (Holland, 1990) o diagnóstico de um cancro tem um violento efeito disruptivo nas pessoas. Estas têm que se adaptar a uma nova realidade, isto é, ao facto de estarem doentes, ao medo da perda da integridade corporal e às ameaças ao equilíbrio emocional.

Os efeitos desta doença podem incluir dor, desconforto, medo, incerteza quanto ao futuro, ansiedade, depressão e, um aspecto que adquire grande relevo, uma ameaça à vida e o medo da morte (Nicassio & Smith, 1996).

As consequências emocionais são evidentes, mas nem sempre fáceis de identificar (Twycross, 2003). “Para 50% dos doentes, tratava-se de verdadeiras perturbações psiquiátricas, com duração e intensidades varáveis.” (Haynal, Pasini & Archinaro, 1998, p.226)

Torna-se evidente que é necessário encontrar estratégias que ajudem estes pacientes a lidar com a doença e as suas consequências, bem como com as repercussões, quer psicológicas, quer sociais que lhe estão inerentes, constituindo uma dimensão extremamente importante a ter em conta neste processo.

O doente oncológico depara-se com factores difíceis de gerir, como é o caso das mudanças que se operam no seu quotidiano, da privação de determinadas actividades, das alterações dos objectivos a cumprir, da dor, da desfiguração do

corpo, da perda ou alteração de certos funcionamentos corporais ou da separação de familiares e amigos (Costa & VandenBos, 1990).

Os tratamentos a que por vezes o doente tem de se sujeitar, tais como, a radioterapia e a quimioterapia são, também eles, assustadores.

Nas sociedades de hoje, a representação da palavra cancro continua a ter uma conotação particularmente negativa, sendo frequentemente associada a uma doença incurável. Deste modo, a doença causa medo¹⁵, não só no paciente, como também na família e em todos aqueles que o rodeiam (Parkes, 1997).

A doença cancerosa e os seus tratamentos induzem, por si mesmos, uma situação de crise existencial, às vezes traumática, e que pode tornar-se num impasse (muitas vezes antigo e reactualizado pela doença) se não for encontrada pelo paciente uma solução para as experiências de perda induzidas pela doença.

Assim, não é de surpreender o nível elevado de morbilidade psicológica nos doentes e famílias a necessitarem de apoio psicológico específico. Além da ansiedade e depressão que são as alterações emocionais mais frequentes no doente¹⁶, surgem ainda alterações ao nível das relações familiares e sociais (Dias & Durá, 2002).

Muitos destes efeitos estão directamente relacionados com os números assustadores desta doença. Segundo Ahmedzai e Walsh (2000) 10% das mortes anuais no mundo são devido ao cancro e cerca de 44% dos doentes morrem nos 12 meses seguintes ao diagnóstico.

¹⁵ Este medo do cancro e da morte a ele associada é afirmado na primeira pessoa por Kolesnicov (2004) numa obra auto-biográfica sobre um cancro que a autora teve. Esta, termina o livro com a afirmação de que após ter vencido a luta contra a doença continua a temer e muito o cancro.

¹⁶ A este respeito são vários os estudos e autores que afirmam esta realidade. Derogatis (1983, cit. por Doche-Schwab In Sami-Ali, et al., 2004) afirma que 45% dos pacientes cancerosos manifestam distúrbios da esfera ansiodepressiva.

Apesar da taxa de sobrevivência a cinco anos para todos os cancros ter subido de 10% em 1960 para mais de 50% em 2000 e de, em números redondos, cerca de um terço de alguns cancros serem curáveis (Twycross, 2003), não deixa de se revelar como uma das doenças mais temidas pela humanidade¹⁷, talvez por ser uma doença que envolve um grande grau de incerteza no que diz respeito à sua etiologia, diagnóstico, tratamento e prognóstico.

A principal esperança de reduzir a taxa de mortalidade dos doentes oncológicos continua a depender muito do diagnóstico e tratamento da doença nos seus estádios mais precoces.

¹⁷ Pereira e Lopes concordam com a ideia de que “O cancro é provavelmente a patologia mais temida do mundo moderno.” (Pereira & Lopes, 2002, p.15)

Cancro enquanto Doença Terminal

*“Adiamos tudo até que a morte chegue.
Adiamos tudo e o entendimento de tudo,
Com um cansaço antecipado de tudo,
Com uma saudade prognóstica e vazia (...)
E toda a morte me doeu sempre pessoalmente,
Sim, não só pelo mistério de ficar inexpressivo o orgânico.
Mas de maneira directa, cá do coração.”*

Álvaro de Campos (Fernando Pessoa)¹⁸

A Comunicação do Carácter Terminal da Doença

Apesar de todos os avanços da medicina e de todos os esforços realizados no sentido da disseminação de informações sobre esta doença, de modo a permitir uma prevenção e um diagnóstico precoces, infelizmente, em alguns casos, o prognóstico que surge é o de uma doença incurável.

De facto, a localização e tipologia de alguns cancros, ou a tardia fase em que são detectados, levam os médicos a concluir que estão perante uma doença terminal em que, independentemente dos tratamentos efectuados, o resultado final será inevitavelmente a morte do paciente.

A notícia da morte tem, naturalmente, um impacto brutal no paciente, mas também nos familiares e amigos. Esta realidade é, igualmente, de difícil gestão e abordagem para os profissionais de saúde¹⁹ que acompanham as pessoas nestas situações e que, muitas vezes, têm de transmitir tal notícia.

¹⁸ In Pessoa (1989)

¹⁹ “Para um clínico que exerce medicina oncológica, o tema dos cuidados paliativos, ou seja, das atitudes e dos tratamentos que estão indicados principalmente na doença avançada quando o objectivo já não pode ser a cura, é um tema que dói.” (Marques, M. S. In Dias & Durá, 2002, p.145)

Comunicar ao doente o carácter terminal da sua doença continua a ser um dos pontos mais difíceis e polémicos destas situações.

Ariés (1989) refere que, a partir da segunda metade do séc. XIX, o círculo de relações do paciente em estado terminal tende a poupá-lo, escondendo-lhe a verdade do seu estado. Na maioria dos casos o doente acaba por saber, apesar dos parentes não terem a coragem cruel de serem eles a dizerem a verdade.

No fim dos anos 60, um amplo movimento de defesa dos direitos do doente, no qual se privilegia o direito à verdade, levou a que, rapidamente, sobretudo na bioética anglo-americana, se passasse para o extremo oposto, ou seja, para a obrigatoriedade absoluta de transmitir o real estado de saúde do paciente (Pacheco, 2002 e Holland, 1990).

Nesta linha de pensamento Doyle, Hanks e Macdonald (1993) afirmam que todo o doente tem o direito de saber o diagnóstico, prognóstico e plano de tratamentos. Para Abiven et al. (1997) não faz sentido que, chegado ao final da vida, o doente não tenha consciência da particularidade da sua situação.

Trata-se, contudo, de uma verdade muito difícil de enfrentar e a realidade mostra que, muitos doentes, embora possam desconfiar da gravidade da sua situação, preferem não saber o que, de facto, se passa. Certos estudos, como os citados por Dean (2002), vêm comprovar que alguns doentes não querem saber tal facto. Outras investigações, como as de Bruera et al. (2000) e Tse et al. (2003) evidenciam a existência de consideráveis diferenças culturais e religiosas na abordagem desta questão, quer por parte dos médicos, quer por parte dos pacientes.

Actualmente, e de uma forma geral, tende a encontrar-se um ponto de equilíbrio, já que, apesar das divergências teóricas mencionadas, é notório que, por vezes, torna-se extremamente difícil, e, muitas vezes impensável, esconder do doente o diagnóstico de uma doença incurável.

Deste modo, constata-se que a comunicação do carácter terminal da doença é algo delicado, devendo cada caso ser avaliado individualmente, uma vez que, tal como foi já referido, alguns doentes preferem não ter conhecimento da sua condição de doente terminal.

Segundo a opinião de Moreira (2001) e Pacheco (2002) em Portugal a tendência mais generalizada é, ainda, informar a família e não o doente, que vai apenas suspeitando da sua situação.

“ Demasiadas vezes os parentes chegados são avisados do diagnóstico, da sua gravidade e da provável evolução para a morte, sem o doente saber. Esta informação é-lhes por vezes dada aconselhando-os a não dizer nada ao doente, talvez para o proteger. É como prescrever o isolamento de cada uma das partes, erguendo entre elas um muro de silêncio, rompendo a comunicação entre o doente e a sua família.” (Abiven, et al., 2001, p.148)

A este respeito Moreira (2001) acrescenta, ainda, que subsiste, por parte de alguns cuidadores, uma atitude de paternalismo face ao doente, negando-lhe o direito à verdade por considerarem que este não tem condições para receber um conhecimento tão avassalador.

Torna-se, então, fundamental uma grande sensibilidade e, tal como defendem Stagno et al. (2000), uma boa formação dos profissionais ao nível da comunicação.

Uma das dificuldades directamente relacionadas com a comunicação do carácter terminal da doença passa, precisamente, pela dificuldade, por vezes existente, em fazer tal diagnóstico e, com isso, poder afirmá-lo com toda a certeza.

Diagnóstico e Prognóstico na Doença Terminal

Cada doente e cada doença têm características únicas e, como tal, não se revela simples encontrar critérios universais para o diagnóstico de uma doença terminal, ou para afirmar a partir de que momento exacto é que deixam de existir hipóteses de cura.

Para Astudillo (1996, cit. por Pereira & Lopes, 2002) o diagnóstico de uma doença terminal passa, essencialmente, por quatro pontos:

1. Existe um diagnóstico histológico que confirma a doença;
2. Há uma não reacção do doente ao tratamento específico;
3. Estamos perante uma fase avançada, progressiva e incurável da doença;
4. Existe um prognóstico de vida, normalmente inferior a seis meses.

Pacheco (2002), resumindo a revisão bibliográfica que efectua, considera que uma doença entra em fase terminal quando se verificam quatro aspectos principais em tudo semelhantes aos anteriores:

1. Existência de uma doença crónica ou incurável e de evolução progressiva;
2. Ineficácia comprovada dos tratamentos;
3. Esperança de vida relativamente curta (normalmente considerada inferior a seis meses);
4. Perda da esperança de recuperação.

Como tal, pode dizer-se que a doença entra numa fase terminal quando é crónica e/ou incurável, progressiva e refractária ao tratamento, com agravamento de sintomas e indícios da proximidade da morte (normalmente menos de seis meses).

Apesar desta definição geral, que serve de referência, existem diferentes tipos de doentes e de casos. Trelis (1996, cit. por Moreira, 2001) teoriza a existência de três tipos básicos de tipologias de doentes terminais:

1. Doentes “complexos” agudos, de cuidados paliativos por dificuldade de controlo de sintoma ou de aspectos psicossociais;
2. Doentes “agónicos” com prognóstico de dias;
3. Doentes “crónicos”, de cuidados paliativos, em que predominam os sintomas sistémicos, de evolução lenta, pouca complexidade terapêutica e grau variável de capacidade de suporte familiar.

Mas se, tal como se pode concluir, o diagnóstico de uma doença terminal é algo complicado, mais difícil ainda pode revelar-se o seu prognóstico e o grau de certeza com que este se faz.

“(…) todo o médico conhece bem a incerteza e imprecisão de muitos diagnósticos, e mais ainda dos prognósticos. A possibilidade de uma recuperação inesperada, embora improvável, é sempre uma realidade a ter em conta. Além do mais, muitas pessoas vivem, sem grande sofrimento, muitos meses ou anos para além do que seria de esperar, em face da sua situação clínica.” (Cruz, 2004)

A este propósito, Hendersen et al. (2001) defendem que, de facto, predizer a esperança de vida com exactidão, embora possível, é difícil. Lamont e Cristakis (1999), a partir de uma pesquisa que efectuaram, chamam a atenção para o facto de os prognósticos pecarem, muitas vezes, por optimistas.

Parece, então, clara a cautela e ponderação que um médico tem que ter nos prognósticos que faz, e transmite, nestas situações. Assim, Kristine et al. (2000)

aconselham que o médico deve ser prudente e não demasiado específico com o prognóstico, pois as surpresas são frequentes.

Uma das estratégias que pode ajudar o médico no diagnóstico, podendo ser indicador da progressão da doença e factor de prognóstico, passa pelo conhecimento da sintomatologia associada à doença terminal.

Entre os sintomas físicos presentes num cancro em fase terminal encontramos, por exemplo, sintomas locais, gastrointestinais ou respiratórios e outros sintomas gerais como a fadiga, falta de energia e fraqueza (Stoll, 1986).

A este respeito Pacheco (2002) refere que a principal sintomatologia de ordem física sentida por estes doentes é a dor e o desconforto causado por náuseas, vómitos, dificuldades respiratórias, incontinência dos esfíncteres ou imobilidade.

A presença e gravidade destes sintomas podem ser, então, reveladores da situação clínica do doente e da evolução da sua condição.

Estes sintomas de ordem física causam um grande desconforto e mal-estar na pessoa mas, associados a estes, surgem também sintomas de ordem psicológica, social e espiritual. É precisamente essa sintomatologia que é analisada de seguida com mais detalhe.

Reacções ao Diagnóstico

Muita da carga negativa associada ao cancro advém da ligação imediata que tendem a fazer à morte, o que desencadeia uma enorme angústia e temor²⁰. Assim,

²⁰ Este temor é tal que, em Portugal, quando alguém morre devido a uma situação de cancro, os órgãos de comunicação social anunciam que a pessoa morreu vítima de doença prolongada.

quando o doente toma conhecimento (ou desconfia) de tal diagnóstico, surgem-lhe associados uma série de medos e preocupações.

Vários estudos efectuados relatam, de uma forma mais aprofundada, as principais preocupações presentes nestes doentes.

Assim, de acordo com Carey (1974), o medo da dor, a preocupação em separar-se das pessoas amadas e fantasiar como estas viverão sem eles, são alguns dos aspectos mais relatados pelos doentes. Este autor aponta, ainda, como uma das preocupações mais frequentes no doente, o facto deste sentir que se tornou num *fardo*²¹ para a sua família.

Este peso que o paciente sente que passa a constituir para a família, bem como a dependência que lhe está associada e perda das funções corporais, são as principais preocupações manifestadas num estudo de Hickman et al. (2004).

Deste modo, mais do que simples preocupações face à situação vivida pelos pacientes, pode falar-se, assim, de verdadeiros medos.

Pacheco (2002) refere que, não só existem vários medos, como muitos deles são crescentes consoante a evolução da doença. Esta autora nomeia medos relativos à solidão, à morte, à perda definitiva de todos os entes queridos e medo relativos à dor e ao sofrimento.

Doyle et al. (1993) assinalam, ainda, o medo de uma morte dolorosa, de incapacidade, de desfiguração e de dependência. Os mesmos autores realçam o facto de que pode surgir, também nos familiares, sentimentos de ansiedade, desespero e desequilíbrio emocional ligado à angústia de separação do seu ente querido.

²¹ O termo *fardo* é aqui usado como tradução da palavra inglesa “burden” muito utilizada neste contexto.

Estes dados vêm comprovar que, de facto, tomarmos conhecimento de que temos um cancro, para o qual não há cura possível, é algo de muito perturbador para a psique humana.

Então, alguns investigadores têm tentado analisar o modo como o ser humano reage a esta situação. Pretende-se com isso tentar compreender os mecanismos de defesa que entram em acção e as fases pelas quais um indivíduo passa na sua tentativa de adaptação à realidade em que se encontra.

Kubler-Ross (1998a) foi, talvez, a mais importante autora a teorizar sobre esta temática. No seu trabalho, acompanhou, ao longo de vários anos, milhares de pessoas no “leito da morte”. Concluiu através dos seus estudos a existência das seguintes fases de adaptação à condição de doente em fase terminal:

1º Negação – Este é um estado de incerteza sobre a sua própria condição e o seu próprio destino, no qual o doente tenta negar a fatalidade da sua doença podendo adoptar uma postura de recusa e solidão;

2º Revolta – As exteriorizações da revolta e raiva contra o facto de estar gravemente doente são comuns;

3º Negociação – A pessoa procura recuperar algum controlo e faz “promessas” no caso de vir a melhorar;

4º Depressão – À medida que a doença evolui a depressão instala-se e o doente mostra-se triste e recusa, muitas vezes, a comunicação com os outros;

5º Aceitação – A depressão começa a aliviar e o doente, finalmente, começa a encarar a morte com alguma resignação.

Além da negação e da raiva, Pereira e Lopes (2002) acrescentam que surgem, também, sentimentos de culpa e de perda de controlo, em que a pessoa sente que

ninguém a pode ajudar. O doente pode sentir, à medida que vai ficando cada vez mais dependente, ameaças à sua auto-estima e, ainda, que foi privado do seu futuro.

Sporken (cit. por Pacheco, 2002) teorizou acerca da existência de fases pelas quais o doente passa antes do conhecimento da situação. Estas são, contudo, mais adaptadas à realidade americana, na qual existe a tendência para dizer a verdade a qualquer custo, e são o período entre a desconfiança e a certeza do diagnóstico.

A este propósito, Twycross (2003) refere que se observa, nos doentes cancerosos, respostas mais marcadas no momento do diagnóstico (ou pouco tempo depois), na altura da primeira recidiva e à medida que a morte se aproxima.

Este autor, que é uma das principais referências nesta área a nível mundial, engloba as respostas psicológicas em três fases principais que se caracterizam por diferentes sintomas:

Ruptura – Descrença, negação, choque/entorpecimento, desespero;

Disforia – Ansiedade, insónia, dificuldades de concentração, cólera, culpa, ruptura de actividade, tristeza, depressão;

Adaptação – Enfrentar as implicações, estabelecimento de novas metas, esperança restaurada com novos objectivos, retoma das actividades;

Estas teorizações ajudam a compreender a adaptação dos doentes à sua condição mas, naturalmente, cada caso terá que ser visto com a sua especificidade e cada paciente com a sua individualidade. Assim, alguns doentes saltam algumas das fases propostas e muitos deles, infelizmente, nunca chegam a uma fase de verdadeira adaptação e aceitação da doença.

Em muitos dos casos as repercussões emocionais e mentais face a uma situação tão perturbadora e complicada são, de tal ordem, que os doentes atingem condições consideradas psicopatológicas.

Consequências Psicológicas

Na revisão de literatura efectuada foram encontrados inúmeros estudos sobre a condição de doente oncológico em fase terminal e as suas repercussões psicológicas.

Pereira e Lopes (2002) referem a depressão, a ansiedade, as mudanças no estado de consciência e o medo como as principais sintomatologias psicológicas associadas ao cancro na fase terminal e resumem os principais aspectos de cada uma: Depressão – são frequentes os sentimentos de inutilidade, de tristeza e de apatia, de indiferença e de culpabilidade, para além de uma baixa auto-estima.

Ansiedade – relacionada com a incerteza, medo do futuro e ameaça de separação dos entes queridos.

Mudanças no estado de consciência – podem incluir desorientação, falhas de memória, alucinações, conversa sem sentido ou paranóia e podem ser consequência da medicação ou de tumores cerebrais.

Medo – do desconhecido e medo da morte, do deixar de ser.

Por seu lado, Holland (1990) considera que entre as razões mais frequentes que justificam uma intervenção “psiquiátrica” estão a presença de *delirium*²², o risco de suicídio, possíveis conflitos entre o pessoal médico, conflitos familiares e a

²² “Um *delirium* caracteriza-se por uma perturbação da consciência e uma alteração da cognição que se desenvolvem num curto período de tempo.” (American Psychiatric Association, 1996, p.127)

necessidade de apoiar os sujeitos na forma de lidar com os dois estados emocionais que mais dominam a esfera psicológica, a ansiedade e a depressão.

Existem alguns “comprometimentos cognitivos” que são de facto comuns e expectáveis face à situação clínica e biológica do doente. Algumas metástases cerebrais e certas medicações têm, nestes casos, um grande peso. Assim, nos estados avançados da doença podemos encontrar quase todas as anteriormente chamadas perturbações mentais orgânicas. Este termo, encontrado no DSM-III, já não é usado no DSM-IV²³ porque se considera que todas as perturbações mentais têm, também, uma base biológica, agrupando-se agora em delirium, demência e perturbações mnésicas e outras perturbações cognitivas.

O delirium é algo, de facto, muito frequente nestes casos, tal como afirmam Lawlor e Bruera (2002).

Contudo, a ansiedade e a depressão são os aspectos mais falados na investigação neste campo. Estudos citados por Levy (1990) apontam para que mais de metade dos doentes tenham níveis altos a moderados de depressão e que um terço apresentem níveis consideráveis de ansiedade. Sherif et al. (2001) estudaram estes dois constructos e concluíram que a sua prevalência é maior nos doentes oncológicos do que nos doentes crónicos.

Doyle et al. (1993) consideram ainda que, tanto a depressão como a ansiedade, tal como a dor, têm tendência para piorar com o avanço da doença. Segundo dados avançados pelos mesmos autores a prevalência da depressão, que rondará os 25% no cancro, pode ascender até perto dos 80% nos doentes terminais. O autor afirma, ainda, que o risco de suicídio é, também, maior nesta população do que

²³ Trata-se de um manual de diagnóstico e estatística da perturbações mentais publicado pela Associação Americana de Psiquiatria e que é uma obra de referência (American Psychiatric Association, 1996).

na população normal e cita um estudo em que se concluiu que 43% de doentes com cancro tinham algum tipo de perturbação mental.

Estes números vêm de encontro aos de outros estudos como o de Massie e Holland (1989 cit. por Haynal, et al., 1998) em que 50% dos doentes apresentavam perturbações psiquiátricas. Também no estudo realizado por Walden-Galuszko (1996) quase 40% dos participantes apresentavam morbidez psicológica.

Com dados retirados de uma investigação mais recente, Ita et al. (2003) consideram que é esperado que entre 33% e 50% dos doentes precisem de apoio psicológico, e que quase dois terços apresentem perturbações psiquiátricas, sendo as mais comuns, as perturbações orgânicas e a depressão.

São números, sem dúvida alguma, assustadores, principalmente tendo em conta que muitos destes casos não são acompanhados e, muitas das vezes, nem sequer diagnosticados.

Nas crianças, embora em níveis mais baixos do que nos adultos, Black (1994) encontrou níveis de morbidez psicológica que devem de ser tidos em conta e que passam, também eles, muitas vezes, despercebidos.

Considerando todos os medos e sintomas considerados expectáveis nestas situações, Farberman (1997) considera que não é fácil diagnosticar a depressão clínica mas de facto esta, juntamente com a ansiedade, está marcadamente presente nestes doentes.

Kissane et al. (2001) teorizam sobre este assunto propondo um “síndrome de desmoralização”, em oposição à depressão, que caracteriza estes casos. Neste síndrome são considerados aspectos que incluem a desesperança, a perda do sentido de vida e o stress existencial.

Independentemente do “rótulo” que se queira colocar nestes indivíduos e que, sem dúvida, pode ajudar a compreender o que existe de comum entre eles, e dessa forma elaborar estratégias para os ajudar a enfrentar a situação, são, por demais evidentes, os níveis de stress a que estes doentes estão sujeitos.

Moreira (2001) acrescenta que, quando uma família é confrontada com a doença, não só o doente, mas todos os seus membros, vão sofrer de ansiedade e stress.

Alguns dos aspectos mais marcantes dos elevados níveis de depressão verificados são a presença de um risco suicida e de uma vontade do doente em antecipar e precipitar a sua morte. Esta correlação é encontrada em estudos como o de Van Loon (1999).

A este propósito, também Tiernan et al. (2002) elaboraram um estudo em que verificaram uma correlação entre níveis de depressão e o desejo de uma “morte antecipada”. Finalmente Breitbart et al. (2000) encontraram a mesma forte correlação e associaram, igualmente, a desesperança ao desejo de morte.

Este desespero que o doente sente e que o leva a desejar a própria morte é um dos factos mais significativos da doença terminal e transporta-nos para uma das questões mais polémicas associada a estes casos: o direito, ou não, de escolhermos a hora da nossa morte.

A Eutanásia

O balanço entre a quantidade e qualidade de vida num caso de doença terminal nem sempre é fácil de obter. Alguns sujeitos, face à diminuição dessa mesma qualidade de vida e à inevitabilidade da sua morte, desejam, por vezes, abreviar a sua vida para evitar um sofrimento que consideram escusado.

Será então a morte um direito nestes casos²⁴?

Esta é uma questão que gera polémica e que divide a nossa sociedade. A eutanásia, segundo definição dada por Pacheco (2002), consiste em provocar, intencionalmente, a morte de um doente, seja por meio de uma acção ou pela omissão de tratamentos vitais para o doente. Esta morte é, normalmente, pedida pelo doente ou seus familiares.

Uma outra definição dada por Cruz (2004) é em tudo similar. “Uma acção ou omissão que, de forma deliberada e intencional, provoca a morte de uma pessoa, com o propósito de aliviar o seu sofrimento, físico ou psíquico.” (Cruz, 2004, p.96)

Em termos práticos poderemos, no entanto, distinguir a eutanásia passiva da sua versão activa. A primeira goza a aceitação dos comités de ética de todo o mundo e de todas as religiões que condenam a utilização de meios desproporcionados para prolongar uma vida que está a terminar. Em contrapartida, com algumas pequenas excepções²⁵ de alguns países que liberalizaram a sua prática, todas as legislações e todas as religiões condenam a eutanásia activa.

Cruz (2004) acrescenta que devemos distinguir, ainda, a eutanásia voluntária, quando o doente a solicita, da involuntária, quando a pessoa não possui capacidade de decisão e é, normalmente, pedida pelos familiares.

Independentemente do caso, esta é sempre uma questão extremamente delicada para qualquer médico e as opiniões nesta classe dividem-se. Embora o respeito pelo ser humano e a obrigação de preservação da vida sejam um dever de

²⁴ Um documento interessante a consultar sobre este assunto é a carta dos direitos do doente terminal elaborada pela Associação Médica Mundial e assinada em Veneza em 1983 (World Medical Association, 1983).

²⁵ Bosshard et al. (2002) abordam este assunto comparando três locais onde se viabilizou a prática da eutanásia. A Holanda, onde existe um pré-requisito de uma segunda opinião médica, o Oregon com a exigência de que se trate de uma doença terminal e a Suíça que tem a legislação mais aberta.

todos os médicos, isso não significa que sejam obrigados a manter a vida humana a todo o custo.

Breitbart (In Doyle et al. 1993) menciona um estudo em que já tinha sido pedida a abreviação da morte a quase 60% dos médicos inquiridos.

Em Portugal, 30% dos médicos e 41% dos enfermeiros de um inquérito da Proteste (2000) afirmaram já lhes ter sido feito tal pedido por doentes. Nesse mesmo estudo um terço dos médicos considerou que a lei existente deveria ser alterada.

Outro dilema que se levanta é o de se encetar ou não esforços para ressuscitar doentes com cancro terminais. Tal como mostra um estudo de Hinkka, et al. (2001) esta é outra questão em que a opinião dos médicos não é unânime.

No caso de Inglaterra foi adoptada, desde 1965, uma “ordem de não ressuscitar” para que os doentes possam escolher, antecipadamente e em consciência, o que desejam que os médicos façam se surgir esta situação (Holland, 1990).

Resumindo, no nosso país a igreja católica e o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida condenam a eutanásia. Contudo, tal como refere Serrão (1998, cit. por Cruz, 2004):

“A decisão de não iniciarem ou prosseguirem um tratamento ineficaz ou inadequado para determinada situação clínica, deixando a doença seguir o seu curso natural, pode ser considerada boa prática médica.” (Cruz, 2004, p.96)

A palavra eutanásia foi forjada a partir de duas raízes gregas, *eu* (bem) e *thanatos* (morte), designando, no sentido etimológico, a boa morte, ou seja, a morte sem sofrimento (Tager, 2001).

Ao entrar numa fase terminal da doença há uma mudança de objectivos terapêuticos, os quais deixam de ser curativos e passam a ser proporcionar o melhor fim de vida e a melhor morte possível. De seguida é feita uma reflexão sobre esses cuidados de fim de vida.

Cuidados Paliativos

*“O verdadeiro problema não é
o de saber se viveremos depois da morte,
mas o de sabermos
se estamos vivos antes de morrer.”*

Zundel²⁶

A Evolução dos Cuidados Paliativos

Durante muitos anos a atitude generalizada perante um doente incurável foi de pensar que o papel do profissional de saúde terminava, uma vez que se reconhecia a inexistência de possibilidades de recuperação.

Contudo, foi levada a cabo, nas últimas quatro décadas, uma tentativa para criar um modo mais humano de morrer. Uma das grandes responsáveis por esta mudança foi Cecily Saunders²⁷. Esta médica baseou-se nos modelos tradicionais dos hospícios que acolhiam doentes moribundos para fundar em Londres, em 1967, a primeira unidade de cuidados paliativos.

O termo paliativo deriva do étimo latino *pallium*, que significa manto, capa. Nos cuidados paliativos os sintomas são encobertos com tratamentos, cuja finalidade primária, ou exclusiva, consiste em promover o conforto do paciente (Twycross, 2003).

²⁶ Zundel (1979, cit. por Hennezel, 2006, p.75).

²⁷ Para mais esclarecimentos sobre a vida e obra daquela que é considerada por muitos a fundadora dos cuidados paliativos poderá consultar a obra de Clark (2002) ou o sítio na internet “www.cicelysaundersfoundation.org”.

A filosofia base foi a de proporcionar uma *boa morte* ao doente, promovendo o bem-estar através de cuidados físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

Inspiradas no trabalho pioneiro de Saunders no final da década de 60, e início da década de 70, começaram a surgir várias unidades específicas para prestar este tipo de assistência. Foi assim que os cuidados paliativos foram reconhecidos, pela primeira vez, como uma especialidade médica no Reino Unido, sendo definida na altura como:

“Palliative medicine is the study and management of patients with active, progressive, far-advanced disease for whom the prognosis is limited and the focus of care is the quality of life.” (Doyle, et al., 1993, p.3)

O foco passou a ser, então, na qualidade e não na quantidade de vida. O movimento das unidades de cuidados paliativos tentou redescobrir a pessoa e olhar para a morte como um processo natural, e não como uma falha na medicina, visando, assim, recuperar a vertente humana do cuidar que durante décadas foi esquecida.

Os cuidados paliativos, não admitindo em circunstância alguma uma interrupção dos cuidados a prestar ao doente, devem ir gradualmente tomando o lugar dos cuidados curativos, à medida que a esperança de cura vai diminuindo. Como tal, por vezes são conhecidos, também, como menciona Pacheco (2002), como cuidados continuados, já que a medicina curativa e a medicina paliativa não se podem excluir mutuamente.

Hoje em dia existem em todo o Reino Unido as chamadas *Dying Clinics*, estabelecimentos completamente separados dos hospitais gerais, destinados a acolher os doentes em fase terminal, sendo quase medicamente descaracterizados e centrados

no conforto físico e acompanhamento emocional, envolvendo além dos profissionais, a família do doente e voluntários (Haynal, et al., 1998).

Twycross (2003) acrescenta que a maioria destes estabelecimentos são independentes e que 90% a 95% dos utentes são doentes com cancro.

Este modelo foi, posteriormente, adaptado nos Estados Unidos e Canadá e mais recentemente na Europa, estando já bastante desenvolvido em vários países.

A Realidade Portuguesa

A primeira unidade criada no nosso país foi a do Hospital da Cova da Beira, no Fundão, em 1992. O seu fundador, António Lourenço Marques, considera que Portugal está 20 anos atrasado em relação ao resto da Europa²⁸.

Um estudo levado a cabo pela Proteste, em 2000, indicava, de facto, que Portugal estava, na altura, na cauda da Europa. No nosso país ainda se estão a dar praticamente os primeiros passos, no que aos cuidados paliativos diz respeito, e a realidade é que os serviços qualificados e devidamente organizados são escassos e insuficientes para as necessidades detectadas.

Embora existam outras unidades de hospitais, centros de saúde e outras instituições que ao prestar apoio domiciliário e cuidados continuados acabam por prestar cuidados paliativos, a realidade é que apenas existem em Portugal 11 unidades especializadas²⁹.

²⁸ António Lourenço Marques fez esta declaração numa entrevista dada ao Jornal “O Público” (2004).

²⁹ Estas unidades referidas são aquelas que a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2008) considera cumprirem os critérios necessários. A ver, são à data: A equipa de Cuidados Continuados do Centro de Saúde de Odivelas; As Unidades de Cuidados Paliativos da Santa Casa da Misericórdia de Azeitão, do Hospital da Beira Interior, da Casa de Saúde da Idanha, do Hospital da Luz e do Hospital Residencial do Mar; As Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos dos Hospitais de Santa Maria e de Elvas; Os Serviços de Cuidados Paliativos dos IPO de Coimbra e Porto; A Unidade Autónoma de Apoio Domiciliário do IPO de Lisboa.

A realidade espanhola, por exemplo, é já bem diferente da nossa, sendo que no ano 2000 já existiam mais de 200 unidades especializadas num país que tem quatro vezes a população do nosso (Centeno, et al., 2000).

Pacheco (2002) explica que em Portugal existem três diferentes modalidades através das quais os cuidados paliativos são postos em prática: Unidades integradas em hospitais, Unidades de cuidados paliativos e Unidades de apoio domiciliário.

Além destas unidades referidas existem algumas associações de voluntários, como a Amara, e empresas, como a Ajuda e Companhia, que tomando consciência das lacunas existentes começaram a prestar serviços nesta área.³⁰

Parecemos estar, no entanto, a pouco e pouco a tomar consciência das necessidades existentes e verifica-se um crescente interesse dos órgãos de comunicação social por um tema que, ainda há poucos anos, não era falado.

Estudos como os de Brumley et al. (2003) mostram a eficácia destas unidades especializadas comparativamente aos cuidados usuais e o grau de satisfação que a sua implementação traz à população.

O nosso governo compreendeu, de algum modo, a urgência deste assunto e a Direcção Geral de Saúde elaborou, em 2004, o “Programa Nacional de Cuidados Paliativos” com o objectivo de aumentar a quantidade e qualidade das equipas a trabalhar nesta área.

³⁰ Para mais informações sobre estes dois exemplos poderá consultar os seus sítios na internet em “www.amara.pt” e “www.ajudaecompanhia.pt”, respectivamente.

As Equipas e o Papel do Psicólogo

As equipas de cuidados paliativos devem, idealmente, ser equipas multidisciplinares. Como refere Pacheco (2002), só é possível prestar todo o apoio que doentes e familiares necessitam através de um trabalho interdisciplinar, no qual participem médicos, enfermeiros, psicoterapeutas, assistentes sociais, ministros religiosos e voluntários.

Esta abordagem interdisciplinar é hoje vista como fundamental, por exemplo, para o controlo e tratamento de um dos problemas mais graves com que os profissionais têm de lidar – a dor.

As definições de dor evoluíram de explicações simples, nas quais referiam ser um fenómeno puramente fisiológico, até à visão actual da sua natureza multidimensional.

Trata-se de uma experiência sensorial e emocional desagradável, cujos mecanismos estão associados à resposta do indivíduo a estímulos nocivos (Pollock et al., 2006). O alívio adequado da dor, que interrompe não só o bem-estar físico como o psicológico de doente e família, deve ser alcançado pela combinação de técnicas que vão da farmacologia a estratégias cognitivas e técnicas de relaxamento.

O trabalho de médicos e enfermeiros é, sem dúvida alguma, fundamental para o alívio de toda a sintomatologia física, tal como a dor e muitos outros desconfortos. A este nível tem existido uma grande evolução nos cuidados médicos prestados, e até na formação destes profissionais de saúde. Existem, porém, outras áreas de intervenção que não são, nem nunca serão, da responsabilidade destes.

É frequente que durante a fase terminal surjam aquilo a que poderemos chamar de necessidades espirituais. Surgem dúvidas e interrogações relacionadas

com o sentido da vida, o sentido da dor, o sentido da morte, entre outras, e o doente pode sentir a urgência de falar com um ministro da sua religião. De facto, muitas pessoas encontram na religião a força para enfrentar a morte e não é raro o doente e a família pedirem o apoio dos representantes da fé.

A importância desta ajuda espiritual é cada vez mais reconhecida mas, tal como reflectem Post et al. (2000) no seu artigo, levanta-se a questão ética de o médico dever ou não conversar com os seus pacientes sobre questões relativas às crenças espirituais e religiosas. De qualquer modo, autores como Nishimoto e Foley (2001) e Sulmasy (2002) sugerem que os profissionais de saúde devem estar preparados para lidar com as diferenças culturais dos seus doentes e atentos aos pedidos que estes façam.

A religião surge, nestes momentos, mesmo em pessoas que se encontravam completamente afastadas dela. Doyle et al. (1993) referem que cerca de 30% dos doentes recorrem à ajuda espiritual nas últimas semanas de vida. Como tal, no mínimo, devem ser envidados todos os esforços para que os doentes tenham esse acompanhamento, caso seja essa a sua vontade.

Os cuidados de acompanhamento prestados devem, igualmente, incluir o apoio psicológico ao doente e sua família, bem como o suporte da equipa, que deve poder exprimir as suas reacções perante a morte dos doentes. São estes os principais papéis que o psicólogo pode assumir nas unidades de cuidados paliativos.

Relativamente ao suporte ao doente, foram encontrados, na revisão de literatura realizada, inúmeros estudos que demonstram uma realidade preocupante. Investigações como as de Farberman (1997), Ita et al. (2003), Kleespies et al. (2000), Lander et al. (2000), Lloyd Williams (2000), Lloyd Williams e Payne (2003) e Twycross (2003), demonstram que médicos e enfermeiros não estão preparados para

identificar perturbações mentais que surgem nos doentes terminais e que, deste modo, passam muitas vezes em claro.

Falamos, neste caso, de questões que já foram referidas mais atrás e que são as perturbações mentais orgânicas, a depressão, a ansiedade e o suicídio e difíceis assuntos psicossociais como a perda, o luto e as disfunções familiares.

Como tal, é fundamental que o pessoal médico reconheça a importância do trabalho dos técnicos de saúde mental, já que só a constituição de equipas multidisciplinares, em que existam psicólogos e/ou psiquiatras, poderá resolver esta questão. Com efeito, devem ser estes a lidar com as complicações do foro psicológico que surgem nestes doentes.

Doyle et al. (1993) consideram que estes técnicos devem ter, não só, um conhecimento especializado das complicações psicológicas características da doença terminal, como uma familiarização com os sintomas físicos que tanta implicação têm no sofrimento destes doentes. Só deste modo poderá ser feito um correcto acompanhamento psicológico a estes sujeitos.

“Este acompanhamento, específico, supõe uma atenção levada à dimensão inconsciente do ser, a fim de restabelecer as pontes intrapsíquicas onde estas foram cortadas, oferecer o apoio necessário para permitir à consciência ligar-se à psique e efectuar os saltos que a libertarão dos impasses onde se encontra (...)” (Abiven, et al., 2001, p.137)

De uma forma geral este apoio psicológico poderá ser feito individualmente, ou através da criação de espaços onde se possam juntar grupos de encontro ou auto-ajuda de pessoas que se encontrem em situações semelhantes.

Estudos, como os de Levy (1990), Seligman (cit. por Pereira & Lopes, 2002) e os de St. Clair (2000), demonstram que a psicoterapia a doentes oncológicos e às

suas famílias tem um impacto poderoso, não apenas ao nível das estratégias para lidar com a situação, mas também ao nível do ajustamento à doença e tratamento, bem como no prognóstico. Estes últimos autores constataam, no entanto, que é necessária, ainda, muita investigação sobre a eficácia destas intervenções na adaptação do doente e da família a estas situações.

Como se mencionou inicialmente o papel do psicólogo poderá ir muito para além do apoio ao doente. Farberman (1997) fala, por exemplo, do papel que o psicólogo pode desempenhar no apoio ao doente e sua família no que diz respeito a tomadas de decisão referentes ao processo do fim da vida.

O apoio à família que perde um ente querido é, sem dúvida, um dos aspectos mais importantes. Como referem Doyle et al. (1993), o processo de luto começa quando se torna aparente para os cuidadores que vão perder a pessoa amada, por vezes, muito, muito antes do momento da morte.

O facto de se saber que a morte existe não impede que os sentimentos surjam e que a dor do luto seja, provavelmente, a mais intensa dor psicológica que alguma vez se possa experimentar.

Os efeitos negativos do luto foram já pesquisados e sabe-se que após a perda de um filho ou cônjuge, um terço das pessoas mais directas sofrerão efeitos nocivos na sua saúde física, mental ou em ambas. Autores como Parkes (1998), Rebelo (2004) e Worden (1998) indicam que as perdas aumentam o risco de morte, suicídio, perturbações psicossomáticas e psiquiátricas, como a ansiedade ou a depressão³¹.

Parkes (1998) e Rabow et al. (2004) citam estudos que, tal como o de Casarett et al. (2001), mostram a existência de um *luto antecipatório* nos familiares

³¹ A este propósito Clark (cit. por Parkes, 1997) aponta números que dizem que em 200 consultas de clínica geral, 55 são resultantes de diversos tipos de perda.

de doentes terminais e comprovam que a intervenção com estes é mais eficaz se for iniciada antes da morte dos doentes.

Torna-se então fundamental o conhecimento de factores indicadores de problemas no processo de luto³² que permita que estes sejam antecipados e evitados. Este acompanhamento deve ser então prestado antes, durante e após a morte da pessoa.

Infelizmente existem ainda poucos psicólogos a trabalhar na área dos cuidados paliativos em Portugal. Na nossa opinião, muito há ainda a fazer no que ao apoio psicológico diz respeito, quer a doentes, quer a cuidadores, quer inclusive às equipas médicas e de enfermagem.

A literatura médica internacional reconhece, segundo Pereira e Lopes (2002), o nível elevado de stress e de “burnout” a que os prestadores de cuidados num serviço de oncologia estão sujeitos. Estes níveis são ainda mais elevados nos serviços em que contacto directo com a morte é mais intenso, tal como mostram os estudos de Jones (1999) e Parreira (1998).

Twycross (2003) enumera alguns desses factores de stress: a comunicação de más notícias, a adaptação ao insucesso da cura médica, a exposição repetida à morte de pessoas com as quais estabeleceram uma relação, o envolvimento em conflitos emocionais, a absorção da cólera e da mágoa expressas pelo doente e pelos familiares, o manter um papel obscuro na equipa de cuidados, o idealismo pessoal e os desafios ao sistema de crenças pessoal.

Assim, Doyle et al. (1993) e Pattison (1974) realçam o grande impacto que trabalhar nesta área tem nos profissionais de saúde e cujos limites são

³² Embora a existência de um luto dito *patológico* seja aceite pela generalidade de profissionais e investigadores, muitos aspectos há ainda a clarificar no que diz respeito à sua definição, critérios e relação com diferentes psicopatologias (Eizirik, et al., 1998; Stroebe, et al., 2000). Neste caso optámos por considerar, apenas, que poderão ocorrer alterações no curso natural e expectável do luto.

constantemente testados. Estes autores concordam com a ideia da necessidade que existe em arranjar estratégias de suporte para estes profissionais.

Torna-se claro o papel vital que um psiquiatra ou um psicólogo pode ter no suporte destas equipas. Na opinião de Abiven et al. (2001) o profissional que faz o acompanhamento psicológico ao doente e à família não deverá ser o mesmo que suporta a equipa.

Como é possível verificar, são variadas e importantes as áreas em que um psicólogo pode intervir. Hennezel (2000 e 2006), famosa psicóloga da primeira unidade de cuidados paliativos criada em Paris, tenta mostrar com as suas obras que apesar de hoje se desejar uma morte rápida, inconsciente e, por vezes, provocada, morrer de olhos abertos e feliz não é impossível. Esta autora faz a apologia não de uma boa morte mas de uma morte consciente.

Para tal considera de vital importância a companhia de quem se gosta nos últimos momentos.

“A forma como se morre não depende apenas da vida que se viveu, mas também da maneira como se foi acompanhado.” (Hennezel, 2006, p.111)

Etimologicamente a palavra acompanhar significa partilhar o pão. Estar com. Viver os bons e os maus momentos. É com base na importância dessa companhia daqueles que nos são mais queridos que, como explicam Haynal et al. (1998), a quase totalidade das unidades de cuidados terminais organiza programas de cuidados ou de hospitalização domiciliária para os doentes. Deste modo, é possível que estes sejam mantidos com humanidade no seio da família.

O Apoio Domiciliário

Entre 1930 e 1950 existiu uma aceleração do fenómeno, iniciado vários anos antes, da transferência do local da morte. Deste modo, como explica Ariés (1989), nas sociedades ocidentais deixou de se morrer em casa, junto dos seus, e passou-se a morrer nos hospitais, que em outros tempos eram o asilo dos miseráveis e dos peregrinos.

Assim, a morte recuou e trocou a casa pelo hospital onde passaram a ser prestados os cuidados que deixaram de ser viáveis em contexto domiciliário. Este processo contribuiu para o afastamento da morte do dia-a-dia do mundo familiar.

Após esta tendência, quase secular, para a hospitalização dos moribundos, verifica-se agora um retrocesso. Este, tal como Haynal et al. (1998) indicam, é orientado pelo desenvolvimento dos cuidados domiciliários e pelo aperfeiçoamento dos cuidados paliativos, com a possibilidade de escolher o local da morte.

O principal objectivo destes cuidados ao domicílio é o de manter o doente junto dos seus familiares e amigos, no seu ambiente o mais tempo possível. Este recente fenómeno tem ajudado também a reintegrar a morte na sociedade, nomeadamente pelo lugar que dá aos mais chegados no ambiente que rodeia o doente.

Pacheco (2002) é da opinião que proporcionar cuidados individuais num ambiente familiar, onde o doente tem todos os seus haveres e recordações, permite, não só, que os familiares estejam presentes e participem nos cuidados ao doente, como favorece a continuidade das actividades quotidianas do doente, enquanto tal é possível. Moreira (2001) acrescenta que este apoio domiciliário contribui, igualmente, para a compreensão e aceitação da morte do familiar e o fortalecimento dos laços existentes.

Desta forma, em muitos casos, é um enorme reconforto para todos ter o doente por perto, havendo uma presença carinhosa e familiar à sua volta, o que resulta em menos preocupações ou ansiedades sobre o seu estado de saúde e de espírito.

De facto, o apoio domiciliário tem vários aspectos positivos. Investigadores como Abiven et al. (2001), Ahmedzai e Walsh (2000), Brumley et al. (2003), Doyle et al. (1993), Hudson (2003) Levine e Levine (1982), Mann et al. (2004), Moreira (2001), Parkes et al. (2003), Proteste (2000), Ratner et al. (2001), Teno et al. (2004), Twycross (2003) e Yuen et al. (2003) reportam, muito claramente, a preferência de familiares e doentes pela assistência ao domicílio. As pesquisas demonstram, ainda, que a maioria das pessoas, caso pudessem escolher, optaria por morrer em casa.

Apesar destas claras preferências, a opção do doente ficar em casa nem sempre é possível. Isto pode acontecer devido à sua situação clínica não o permitir ou porque o seu domicílio não reúne as condições mínimas para que tal suceda. Uma destas condições é que exista, pelo menos, um cuidador (familiar ou amigo) que possa assegurar alguns dos cuidados a prestar.

Na nossa sociedade, o papel de cuidador é normalmente atribuído à mulher e estudos efectuados por Brazil et al. (2003), Emanuel et al. (1999), Hudson (2003), Marques et al. (2008) e Rossi Ferrario et al. (2004) espelham essa realidade. A maioria dos cuidadores de doentes em estado terminal é do sexo feminino.

Embora o apoio domiciliário traga uma série de vantagens, poderá ter alguns pontos negativos que não podem deixar-se de mencionar.

Pacheco (2002) argumenta que o facto de ter um doente em estado terminal em casa pode perturbar toda a vida familiar. Os cuidadores podem ser obrigados a ficar em casa, a alterar horários de refeições e de sono. Em situação de urgência pode ser mais difícil o acesso aos cuidados médicos e o doente poder-se-á sentir muito só quando os familiares têm de sair.

São diversas as alterações que se podem verificar na dinâmica familiar e profissional. Moreira (2001) fala de mudanças de residência, de perdas de emprego e da diminuição do tempo que os cuidadores têm para si e para a família. Esta autora lembra ainda que, muitas vezes, são os idosos que cuidam dos doentes. Podem surgir nestes cuidadores problemas de saúde, relacionais e sociais, que tendem a agravar-se durante e após o processo de cuidar.

Os cuidadores não profissionais são essenciais para assistir quem quer morrer em casa. Deve prestar-se, todavia, especial atenção a estes cuidadores, já que o fardo que o doente pode representar, pode conduzir, segundo Fleming (2003), a uma doença física, angústia emocional, dificuldades financeiras ou mesmo mortalidade precoce. O seu papel deve ser valorizado e estes problemas identificados atempadamente pelos clínicos, uma vez que as suas necessidades são muitas vezes descuradas.

Os efeitos adversos podem passar pela exaustão, pela diminuição das interacções sociais e por problemas psíquicos. São todos factores que podem repercutir-se na saúde física e mental do cuidador. Estes efeitos podem permanecer muito para além do fim do papel de cuidar.

Vários estudos mostram o impacto de ter um doente em casa, nos cuidadores e nas famílias, nomeadamente na sua saúde física e psicológica. Assim, Brazil et al. (2003), Carter e Chang (2000), Fleming (2003), Hudson (2003), Ingleton et al. (2003), Rossi Ferrario et al. (2004) e Weitzner et al. (2000) reportam severos problemas de sono, de depressão clínica e no bem-estar social e financeiro dos cuidadores.

Alguns destes autores apresentam números que indicam que, aproximadamente, 80% dos cuidadores são obrigados a faltar aos seus trabalhos e

que, perto de 25%, têm mesmo de o abandonar despedindo-se ou pedindo reformas antecipadas.

Moreira (2001) considera que estas consequências têm tendência a piorar com o agravamento da condição do doente. Algumas destas situações não são contudo detectadas, porque os cuidadores adoptam, muitas vezes, uma atitude de ocultação dos seus sentimentos, numa tentativa de protecção do doente.

Embora não existam estudos suficientes, na população portuguesa, sobre o impacto provocado pela permanência de um familiar com uma doença terminal em casa, investigações como a de Marques et al. (2008) parecem demonstrar a sua clara influência nas dinâmicas familiares.

Podem, ainda, destacar-se outros estudos como os de Emanuel et al. (1999), Grunfeld et al. (2004) e McCarthy et al. (2000), que evidenciam o peso financeiro que pode constituir para as famílias o facto de terem a seu cargo um doente terminal, sendo os medicamentos o factor mais preponderante.

Deste modo, Pacheco (2002) chama a atenção para os cuidados necessários na avaliação das condições que a família apresenta, aos vários níveis, para acolher o doente em casa. Só assim será possível decidir qual a melhor modalidade de prestação de cuidados paliativos em cada caso.

Na opinião de Ruddick (1994), quando se opta pela transferência de pacientes do hospital para casa são, muitas vezes, ignoradas as implicações que a doença pode causar na vida familiar. Por vezes a autonomia do doente e as relações familiares podem ser mais preservadas no hospital, podendo a transferência para casa causar confusão na ordem familiar, ressentimentos, desvinculação e criar desilusão mútua. Como tal, este autor defende que a domesticação dos cuidados deve ser questionada.

Sempre que se optar pelo apoio domiciliário há, portanto, que ter em especial atenção o suporte dado às famílias. Pesquisas levadas a cabo por Brown e Stetz (1999) e por Perreault et al. (2004) demonstram que os cuidadores sentem essa necessidade e Doyle et al. (1993) apontam esta falta de suporte como um dos factores mais descritos e que mais contribui para um apoio inadequado.

Outra estratégia, que poderá ser utilizada para prevenir situações mais complicadas, passa por facultar uma formação prévia aos familiares que vão cuidar dos doentes.

A família, geralmente, não está preparada para enfrentar a doença e a morte e, como tal, os cuidadores necessitam de apoio e orientação. A partir de uma revisão de literatura efectuada, Thieleman (2000) considera que as principais necessidades de informação passam por saber responder às necessidades físicas do doente, conhecer os recursos existentes na comunidade e saber mais sobre a doença do paciente.

Concluindo, é importante, se possível, ponderar bem todos os factores existentes antes de tomar a decisão de prestar os cuidados em casa ou no hospital. Sabe-se, porém, da sobrelotação e falta de camas, muitas vezes, existente nos nossos hospitais. Como tal estas decisões são, por vezes, as possíveis e não as desejáveis.

Existe ainda muito por fazer, no que diz respeito aos cuidados paliativos em Portugal. Um dos pontos a ter em conta, e que não foi ainda referido, é a colaboração de voluntários nestes serviços.

Felizmente, existem pessoas que tentam contribuir com aquilo que podem para ajudar. Muitas das vezes passaram, elas próprias, por situações semelhantes e, nessa medida, ficaram sensibilizadas para esta problemática. É necessário, contudo, que estes voluntários tenham uma formação adequada³³ e algum tipo de supervisão.

³³ Um bom exemplo de um programa de formação de voluntários é o manual criado pela Asociación Española Contra el Cáncer (1994). É de referir que a Associação Nacional de Cuidados Paliativos também dá formação para voluntários e profissionais nesta área.

Caso contrário, mais do que uma solução podem vir a constituir um problema já que o contacto directo, e permanente, com a morte pode acarretar algumas consequências nefastas.

Breve Sumário

Pela revisão de literatura efectuada pode então concluir-se que a doença oncológica, além de todo o sofrimento físico que acarreta, está também associada a uma série de medos. Estes medos estão fortemente relacionados com a possibilidade, que há, de morrer por causa desta doença, mas também, com o modo como a sociedade ocidental actual encara a morte.

Deste modo, quando os piores receios se confirmam, o diagnóstico de um cancro terminal tem um impacto brutal, não só na pessoa, como em todos os que a rodeiam, inclusivamente no pessoal médico.

Os cuidados paliativos pretendem melhorar a maneira como se morre e como a morte é encarada. O trabalho que se realiza é de uma importância vital e o apoio domiciliário parece uma aposta com futuro, mas que pode levantar alguns problemas.

Todos os participantes neste processo da doença terminal estão sujeitos a grandes níveis de stress e sofrimento. Assim, revela-se fundamental a constituição de equipas multidisciplinares, que incluam técnicos de saúde mental, que proporcionem suporte e apoio psicológico tanto ao doente, como aos cuidadores e familiares, como ao pessoal médico e voluntários.

É esta realidade que se pretende observar e analisar neste estudo no sentido de poder identificar as principais necessidades e estratégias de intervenção a adoptar.

A Apresentação do Estudo

A partir da revisão da literatura efectuada, torna-se possível levantar algumas hipóteses sobre a realidade que poderá ser encontrada neste estudo.

Assim, tendo em conta o contexto, que é o da prestação de cuidados paliativos ao domicílio a pessoas com doenças oncológicas em estado terminal, podem constituir-se as seguintes hipóteses.

Em primeiro lugar será de esperar, em alguns dos doentes estudados, a presença de situações de impasse e de algumas perturbações mentais, nomeadamente, a depressão, a ansiedade e mudanças no estado de consciência.

Em segundo lugar, coloca-se a possibilidade de encontrar perturbações nas dinâmicas familiares, que poderão incluir, problemas de sono, depressão e mal-estar financeiro e social nos cuidadores.

Espera-se que os resultados deste estudo confirmem as hipóteses levantadas e que demonstrem a utilidade de um apoio psicológico, a doentes e familiares, comprovando, assim, a necessidade de uma abordagem numa linha psicossomática do prestar dos cuidados paliativos. Essa abordagem deverá ter em conta aspectos psíquicos, relacionais, sociais e somáticos.

De seguida será feita uma descrição de toda a metodologia utilizada na condução do estudo.

MÉTODO

Quando se inicia um trabalho de investigação é necessário que o método que se vai utilizar esteja bem definido. O objectivo principal da metodologia não é compreender os produtos da investigação científica, mas sim o próprio desenvolvimento científico.

A Metodologia refere-se à descrição e análise dos Métodos Científicos, às suas potencialidades e limites, assim como aos pressupostos subjacentes à sua aplicação (Silva, et al., 1997-1998).

Participantes

O estudo foi efectuado tendo como objectivo uma abordagem do problema levantado, através de uma perspectiva psicossomática que pudesse revelar as necessidades e questões mais pertinentes do doente oncológico em fase terminal, em contexto domiciliário.

Deste modo, nesta investigação de matriz exploratória foram estudados três casos de doentes oncológicos, cujo diagnóstico é “doença em fase terminal”, acompanhados pela Unidade Autónoma de Apoio Domiciliário (UAAD) do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (IPOFG), aos quais foi efectuado um acompanhamento e apoio psicológico.

Estes três doentes, todos do sexo feminino, tinham respectivamente, à data do início do acompanhamento, 53, 79 e 82 anos de idade. Por uma questão de confidencialidade, são designados apenas por uma letra maiúscula.

Para um melhor enquadramento dos doentes estudados, de seguida é feita uma descrição do serviço que os acompanha, bem como do projecto em que este estudo foi parcialmente integrado.

Caracterização da Instituição³⁴

Apesar de o cancro ser uma doença conhecida desde tempos remotos, o interesse pelo estudo desta doença não se manifestara grandemente antes do séc. XX. Em 1904, procurando seguir o que se fazia noutros países da Europa, o ministro do reino da altura nomeia a primeira comissão para o estudo do cancro, sendo este um marco importante na luta contra esta doença em Portugal.

A 29 de Dezembro de 1923 é criado, pelo Ministério da Instrução Pública, o Instituto Português para o Estudo do Cancro, sendo a direcção técnica do Instituto confiada a uma comissão directora presidida pelo Prof. Francisco Gentil. A afirmação da personalidade deste que foi um dos seus fundadores foi de tal modo influente no desenvolvimento do Instituto que o nome do professor Francisco Gentil ficou para sempre associado a este.

O IPOFG depende do Ministério da Saúde desde 1985, e cumprindo aquele que era um dos seus objectivos iniciais, é hoje constituído por três centros regionais, o do Porto, o de Coimbra e o de Lisboa.

Trata-se de um hospital central estatal diferenciado, com o objectivo de proporcionar os meios de diagnóstico e tratamento mais adequados à doença

³⁴ Todos os dados apresentados sobre o funcionamento, estrutura e organização do IPOFG são referentes ao período em que os doentes foram acompanhados que terminou em Maio de 2005. A maioria destes dados foi fornecida por elementos do serviço.

oncológica. Para além do apoio e assistência a estes doentes dedica-se, ainda, ao ensino e à investigação na área do cancro.

O centro regional de Lisboa situa-se na rua Prof. Lima Basto e serve toda a população proveniente do centro e sul do país, das regiões autónomas (Madeira e Açores) e países africanos de língua oficial portuguesa (PALOPS). Esta população abrange todos os níveis sociais, económicos e culturais, assim como todas as faixas etárias.

Em termos de organização, o hospital divide-se em:

Unidades Principais:

- Consultas externas das várias sub-especialidades médicas que atendem utentes enviados por outras instituições ou pelo médico de família.
- Internamentos.
- Urgência.
- Unidade de Cuidados Intensivos.
- Unidade de Transplante de Medula.
- Hospital de Dia.
- Pavilhão de Radioterapia.

Unidades Secundárias:

- Fisioterapia.
- Apoio Domiciliário.
- Meios complementares de diagnóstico (com serviços ligados à execução de exames médicos variados).
- Serviço de Psicologia.
- Serviço Social.

- Serviços variados de assistência ao Hospital, como é o caso do Serviço de Dietética.
- Lar de Doentes.

Existem ainda associações que dão apoio ao instituto, como a Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC) que existe há mais de 70 anos e que fornece apoios diversos, quer a nível de material, quer com grupos de auto-ajuda e voluntariado, e a associação Acreditar que surgiu há perto de 10 anos e que assume um papel importante no apoio à pediatria.

A Unidade Autónoma de Apoio Domiciliário

A 25 de Fevereiro de 1956 foi criado, e a 27 do mesmo mês inaugurado, um Serviço de Visitação Domiciliária com a organização e os objectivos que seguidamente são enumerados:

- Prestar, no seu domicílio, aos doentes do IPOFG, assistência médica e cuidados de enfermagem que ali possam ser administrados, quando haja contra-indicação para o regime ambulatorio e quando as condições económico-sociais o determinem.
- Prestar assistência social coordenada com cuidados procurando a reabilitação do doente.
- Contribuir para que o doente canceroso possa ser mantido no seu ambiente familiar, onde estados emocionais podem ser satisfeitos mais facilmente, garantindo um maior equilíbrio ao doente e à família.
- Aumentar, por ano, o número de doentes hospitalizados, pela diminuição do tempo de internamento de cada doente.

- Diminuir o preço de custo de tratamento, por doente hospitalizado, em virtude de se diminuir o tempo de internamento.
- Prevenção de doenças cancerosas através do ensino, rastreio e tratamento precoce feito às famílias visitadas.
- Rastreio de quaisquer condições médicas ou sociais que necessitem orientação, que será proporcionada através das respectivas entidades.
- Adequada preparação do pessoal para desenvolvimento do Serviço de cuja qualidade dependerá, em grande parte, a sua estabilidade.
- Desenvolvimento do Serviço como uma das modalidades de prática de Enfermagem de Saúde Pública das alunas da Escola Técnica de Enfermeiras do IPOFG ou de outras Instituições.

Este serviço passou, mais tarde, a ser conhecido por Serviço de Assistência Domiciliária, posteriormente por Serviço de Medicina Comunitária e só recentemente passou à designação actual de UAAD. Apesar das alterações ao nível da designação do serviço, a grande maioria dos objectivos iniciais mantêm-se actuais, tendo por base a prestação de cuidados médicos, de enfermagem e de serviço social no domicílio, a doentes inscritos no IPOFG.

Com a passagem para um funcionamento de Hospital Empresa, a estrutura e organização do IPOFG foi alterada, tendo sido o actual conselho de administração a definir a UAAD. É um serviço que depende directamente do director clínico e que funciona em ligação com os serviços de internamento e com os médicos de clínica geral.

Ao contrário dos Centros Regionais de Coimbra e Porto, o Centro de Lisboa não tem uma Unidade específica dedicada aos Cuidados Paliativos. Os doentes enviados à UAAD são geralmente de dois tipos diferentes:

- Doentes considerados em fase terminal, para os quais estão esgotados os recursos terapêuticos de intenção curativa e em que a função do serviço é tratá-los paliativamente, prestando toda a assistência médica e de enfermagem adequada a cada caso individualmente. Para além do tratamento das lesões e após a identificação das carências do doente, tendo em conta as necessidades humanas básicas, são planeados e executados os cuidados recorrendo-se, por vezes, a Serviços Sociais e à Santa Casa da Misericórdia, entre outros.
- Doentes em fase de recuperação. Estes doentes podem ter alta precoce sendo tratados pela UAAD até atingirem uma situação em que não precisem de cuidados específicos.

Os doentes são, normalmente, enviados a esta unidade pelos serviços de internamento ou por consultas externas, sendo o pedido efectuado através de um impresso a isso destinado que contém as indicações mínimas. Para obter informações mais detalhadas a UAAD contacta o serviço que enviou o doente e tem em conta uma série de critérios de selecção para a admissão deste:

- Ser doente oncológico, inscrito e seguido no IPOFG.
- Residir em Lisboa (Cidade).
- Não sofrer de doença mental incompatível com a assistência a prestar.
- Ter uma avaliação médica, da sua condição, no Serviço onde está a ser seguido.
- A sua condição física ou económico-social não lhe permitir ou contra-indicar a sua deslocação ao IPOFG.
- Ser possível, no domicílio, a administração da terapêutica e cuidados de enfermagem necessários.

- Existir um membro da família do doente capaz, ou este ser capaz por si, de assumir as responsabilidades dos cuidados a administrar.

Realiza-se uma primeira visita de admissão, feita pela Enfermeira-chefe, enfermeira de visitação e médico, onde existe um primeiro contacto com o doente e família no seu ambiente. Sendo o primeiro contacto com um Serviço diferente do Hospital e que irá fazer parte do quotidiano destas pessoas durante mais ou menos tempo, é explicado o funcionamento deste serviço. Em função das necessidades é definido o apoio que o serviço poderá prestar, assim como a colaboração necessária, e o modo de contactar a equipa da UAAD.

Neste primeiro contacto é, ainda, possível perceber a situação e o ambiente familiar, embora este conhecimento se vá aprofundando nas visitas subsequentes. A frequência destas visitas seguintes é determinada pelas necessidades do doente, sendo feitas pelo enfermeiro, e pelo médico, quando necessário.

São igualmente efectuadas, pelo enfermeiro e pelo médico, visitas de urgência sempre que o estado do doente o justifique. A UAAD faz ainda a ligação entre doente e Hospital, acompanhando-o a consultas previamente marcadas ou pedidas por este Serviço.

Os tratamentos executados no domicílio são variados podendo passar por pensos, injeções, soros, transfusões, algaliações, colheitas de sangue, etc.

A UAAD é, neste momento, composta por três médicos (dois a meio-tempo e um a tempo inteiro), uma enfermeira directora que dirige também a Unidade da Dor, três enfermeiros do quadro e uma enfermeira reformada. Recorre, também, aos serviços de assistentes sociais e motoristas da instituição e de uma secretária.

Esta Unidade funciona todos os dias. De segunda a sexta-feira das 8h às 18h e sábados, domingos e feriados das 8h às 15h. Dispõe, ainda, de um serviço de atendimento telefónico 24 horas por dia.

Humanização dos Cuidados Paliativos em Contexto Domiciliário

O estágio que posteriormente deu origem a esta tese foi, parcialmente, integrado num projecto de investigação financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian. Este projecto intitulado “Humanização dos cuidados paliativos em contexto domiciliário”, teve início em Abril de 2002 numa iniciativa do então Serviço de Medicina Comunitária (SMC), em associação com outros profissionais do IPOFG e em parceria com a Universidade de Lisboa.

O serviço do IPOFG é um dos mais antigos da Europa na prestação de cuidados domiciliários (fá-lo há perto de 50 anos) e pretendeu, com esta investigação, avaliar e melhorar o seu desempenho.

Para tal, foi efectuada a tradução, para português, do questionário de satisfação de utentes conhecido por “SERVQUAL”³⁵. No seu processo de adaptação à população portuguesa este questionário foi, numa primeira fase, aplicado a cerca de 40 doentes ou familiares de doentes acompanhados pelas equipas de serviço domiciliário do IPOFG de Lisboa e do Centro Hospitalar Cova da Beira no Fundão.

Foram, posteriormente, revistos alguns itens do questionário. Esta versão revista foi então aplicada a cerca de 80 familiares de doentes acompanhados pelas equipas de apoio domiciliário do IPOFG de Lisboa e do Centro de Saúde de Odivelas.

Este projecto, que se encontra neste momento em fase de conclusão, visou, assim, avaliar o grau de satisfação dos familiares e a qualidade dos cuidados

³⁵ O questionário Servqual foi criado por Parasuraman et al. em 1988.

paliativos prestados em contexto domiciliário, de modo a melhorar as actuações do serviço, para benefício de doentes e famílias com doença avançada ou/e em fim de vida. O projecto tinha ainda como objectivo levar a cabo, futuramente, uma formação de voluntários benévolos para apoio no domicílio.

Instrumentos

Na execução deste estudo foram realizadas entrevistas psicológicas, nomeadamente, entrevistas de estudo de caso. O estudo de caso é, como refere Leal (1999), considerado como a metodologia nobre da clínica psicológica.

Estas entrevistas tiveram como objectivo o elucidar da problemática dos sujeitos estudados através de uma recolha de material significativo, complementado por dados recolhidos por instrumentos de avaliação psicológica.

Estes instrumentos, utilizados para tentar esclarecer e clarificar aspectos considerados relevantes, foram o teste projectivo de Rorschach e o Inventário Depressivo de Beck (B.D.I.). De seguida é feita uma breve descrição de ambos os instrumentos.

Teste Projectivo de Rorschach

Foi escolhida a Prova Projectiva de Rorschach pelas suas características projectivas, nomeadamente no que diz respeito ao apelo à imagem corporal, à identidade e aos aspectos relacionais, características de extrema importância na abordagem e compreensão dos fenómenos psicossomáticos.

O Rorschach é um espaço de interacção entre a actividade perceptiva e a actividade fantasmática, entre a realidade externa do objecto conhecido e a realidade interna do objecto vivenciado. A dupla referência ao percepto e aos fantasmas

permite definir um nível de funcionamento psíquico. O interesse do Rorschach reside no facto das actividades perceptivas e fantasmáticas não terem, inicialmente, uma realidade distinta no processo de resposta, estão antes conjuntamente comprometidas no jogo que forja as respostas ao teste (Traubenberg, 1983).

Este instrumento, criado pelo autor com o mesmo nome em 1921, é constituído por 10 pranchas com manchas de tinta, pranchas estas que têm características diferentes, podendo agrupar-se segundo vários critérios. No que diz respeito à **Dimensão Estrutural**, podem ser pranchas unitárias, onde o eixo mediano está claramente representado nos cartões e, por vezes, está mesmo traçado (pranchas I, IV, V, VI e IX) ou de configuração bilateral, onde a simetria é mais evidente na repetição do duplo, isto é, como se fosse em espelho (pranchas II, III, VII, VIII). No que diz respeito à **Dimensão Sensorial**, ou seja, à presença da cor, três delas são policromadas, com a cor pastel (pranchas VIII, IX e X), duas delas apresentam a cor vermelha, isto é, são cartões negro-branco-vermelho (pranchas II e III) e as restantes apresentam cor cinzenta, distinguindo-se o cinzento-escuro (pranchas I, IV, V e VI) do apenas cinzento (prancha VII). Podem, ainda, agrupar-se segundo o seu carácter formal, enquanto pranchas abertas, com uma referência feminina/materna (pranchas I, II, III, VII, VIII, IX e X) e fechadas, com uma referência fálica (pranchas I, IV, V e VI) (Chabert, 1998).

A mesma autora refere que, mesmo que a forma e organização das manchas seja diferente, todas elas estão construídas em torno de um eixo mediano simbólico, o qual se relaciona com a construção do corpo. Perceptivamente, é a construção simétrica dos cartões em torno de um eixo médio que justifica a indução, tendo em conta a semelhança desta organização com o esquema do corpo humano ordenado simetricamente de um lado e de outro de um plano mediador.

A autora faz, ainda, uma análise prancha a prancha onde destaca a projecção do corpo em cada uma delas, referindo que os “cartões compactos” são aqueles que mais solicitam essa projecção do corpo.

Cada uma das pranchas apresenta um conteúdo manifesto (a mancha propriamente dita) e um conteúdo latente. Este conteúdo latente tem sido alvo das mais variadas investigações e discussões, já que vários autores fizeram a sua análise. Didier (1965, cit. por Chabert, 1998) apresenta os conteúdos latentes para cada uma das pranchas que se apresentam de seguida, juntamente com a visão de Chabert (1998) acerca da projecção da imagem do corpo.

Prancha I

O sujeito contacta pela primeira vez com a prova e com o examinador, podendo emergir elementos correspondentes ao registo da relação pré-genital com a mãe. A referência ao corpo humano faz-se pelo aspecto fechado, pelo traçado claro do eixo e pela presença de uma imagem de corpo em torno desse eixo.

Prancha II

A presença do vermelho desencadeia a emotividade e sensibilidade afectiva do sujeito. Há, ainda, um carácter bissexual sugerido pela imagem (alto e baixo). A representação do corpo pode ser fortemente posta em prova, uma vez que este é um cartão não compactado, com configuração bilateral. Este cartão supõe a referência a uma representação do corpo inteiro, mas, uma vez que apresenta um carácter pulsional forte, pode levar a imagens de corpo não integrado aquando das tentativas de apreensão global.

Prancha III

Esta é uma prancha onde sobressai a relação, reenviando para a representação do casal parental. Este cartão é também não compactado e com configuração bilateral, o que faz com que a representação do corpo esteja muito presente, supondo-se a referência a uma representação do corpo inteiro.

Prancha IV

Cartão superegóico que remete para conteúdos relacionados com a autoridade/potência. Este cartão não associa, de imediato, a representação de corpo, embora as referências às imagens de potência sejam melhor ou pior organizadas consoante revelem, ou não, a integração de uma construção corporal delimitada e bem definida.

Prancha V

Esta é a prancha da adaptação à realidade, na qual se poderá encontrar a representação que o sujeito faz de si mesmo. Este cartão parece mais referir-se a uma problemática de identidade, no sentido psíquico do termo, do que a uma imagem do esquema corporal.

Prancha VI

Esta prancha, bem como a seguinte, reenvia para a problemática sexual. Ambas permitem perceber como se comporta o sujeito face ao seu sexo e ao outro. A prancha VI, especificamente, faz apelo a referências sexuais viris. Apesar da sua construção simétrica, não parece reenviar directamente para a imagem do corpo, talvez porque a importância do simbolismo sexual mascare esta solicitação que apenas se traduz pelo aparecimento do duplo em alguns protocolos.

Prancha VII

Evocação feminina ou materna. Sendo este um cartão pastel, presta-se a associações que emanam preocupações hipocondríacas ou de angústia de fragmentação.

Prancha VIII

Reenvia ao mundo exterior social.

Prancha IX

É considerado o cartão mais difícil, e faz referência à posição do sujeito face a ele próprio e ao mundo.

Prancha X

O aspecto fragmentado do cartão põe à prova as capacidades de unificação do sujeito. Este é o último cartão e, por isso, determina a ruptura da relação com o examinador.

Rorschach em Psicossomática

A vida emocional modifica o orgânico e o orgânico modifica a vida emocional. Para Sami-Ali, vida orgânica e vida afectiva são relacionais. Pensar sobre o funcionamento psicossomático é pensar sobre as relações existentes entre o corporal e o psíquico (Mendes Pedro, 2004 In Sami-Ali et al., 2004).

Chabert (1998) defende que a perturbação psicossomática resulta de uma situação conflitual em que os graves desequilíbrios da economia psicossomática comprometeriam a sua resolução pelo recurso ao pensamento e elaboração psíquica. A mesma autora refere, ainda, a existência de um consenso em torno do funcionamento mental dos pacientes psicossomáticos, havendo um

sobreinvestimento da realidade externa nos seus aspectos mais conformistas e factuais, ordenado por um quotidiano banal e, ao mesmo tempo, uma tendência ao desinvestimento do mundo interno através de uma inibição da actividade fantasmática.

Com efeito, nas várias abordagens psicossomáticas, o imaginário tem um papel fundamental, em particular na concepção de Sami-Ali (1992). Este autor refere que os conflitos enfrentados pelo sujeito têm consequências em diferentes planos, consoante são, ou não, levados em conta pelo imaginário, sugerindo que se considerem os factores físicos e psíquicos e a sua relação com o imaginário.

De acordo com esta concepção, dever-se-á avaliar se se está na presença de um recalçamento da actividade do imaginário, se existe ou não projecção, se o sujeito se inscreve numa adaptação às normas sociais, sem subjectividade, se é o corpo ou o imaginário que está em causa no sofrimento (Sami-Ali, 1992).

Assim, impôs-se uma nova forma de análise do Rorschach, de forma a dar resposta ao facto de, muitas vezes, surgirem protocolos de sujeitos que não apresentavam traços psicopatológicos clássicos das neuroses, das psicoses ou dos estados limite.

Chabert (1998) salienta que as técnicas projectivas podem servir para medir a ligação à realidade externa e às potenciais capacidades fantasmáticas susceptíveis de serem mobilizadas num projecto terapêutico.

Mendes Pedro et al. (2004 In Sami-Ali et al., 2004) apresentam uma proposta para uma nova metodologia no Rorschach, referindo que deve ser feita a análise de diferentes factores: perceber se a resposta foi determinada pela forma ou cor, qual o número de respostas, o tempo de reacção, as recusas, a localização e quais os conteúdos que podem ser analisados independentemente dos outros determinantes.

Assim, é uma análise do “**conteúdo** material das interpretações”, que dará a imagem psíquica do sujeito, bem como uma leitura corporal. Com efeito, segundo estes autores, as respostas ao Rorschach tornam-se representações do corpo. No entanto, só a análise da organização do espaço e do tempo irá permitir que se decifre o corpo tal como ele é vivenciado e perceber como funciona enquanto esquema de representação (Mendes Pedro et al., 2004 In Sami-Ali et al., 2004).

Assim os factores **Espaço** e **Tempo** são muito importantes na análise do Rorschach. A temporalidade exprime-se numa relação a dois e cada protocolo apreende o ritmo relacional de acordo com diferentes formas de funcionamento em interação com diferentes situações de vida.

A análise do tempo passa, num primeiro momento, por apreender uma determinada tonalidade, quer esta corresponda a uma tolerância à regressão afectiva (quando predomina a labilidade expansiva), quer corresponda a uma intolerância ao outro (quando o movimento se enrijece e se imobiliza em tensão corporal actuante sem poder criar movimentos imaginários). Assim, far-se-á uma análise do “conteúdo material das interpretações”, que dará à imagem psíquica do sujeito, bem como uma leitura corporal. Deste modo, são reflectidos os ritmos corporais e relacionais, que podem ser harmoniosos ou estar em dissonância com o corpo próprio. Em casos extremos pode produzir uma rítmica exclusivamente mecânica, repetitiva e desencarnada (Mendes Pedro et al., 2004 In Sami-Ali et al., 2004).

No que diz respeito ao espaço, os mesmos autores referem que a prancha é um espaço que o sujeito deve organizar e o seu corpo está na base dessa organização: dentro e fora, em cima e em baixo, esquerda e direita, horizontal e vertical. Nas respostas dadas pelo sujeito pode constatar-se um espaço claramente organizado ou, pelo contrário, indiferenciado.

É com base nestes pressupostos que se insere a interpretação das provas de Rorschach apresentadas neste trabalho.

Inventário Depressivo de Beck

Para tentar avaliar os níveis de depressão foi escolhido o Inventário Depressivo de Beck (BDI), nomeadamente a sua versão revista (BDI-IA). Este instrumento é, sem dúvida, um dos mais conhecidos e utilizados na avaliação deste constructo.

O BDI foi elaborado a partir da observação clínica das atitudes e sintomas manifestados por pacientes psiquiátricos deprimidos (Beck et al., 1961). Estas observações foram sistematicamente reduzidas e sistematizadas até serem condensadas num conjunto de 21 itens de sintomas e atitudes, de escolha múltipla, passíveis de serem cotados de 0 a 3, tendo em conta a respectiva ansiedade. Estes itens não pretendem reflectir qualquer teoria sobre a depressão, mas sim permitir uma auto-avaliação de conteúdos depressógenos.

Os primeiros estudos psicométricos de validação basearam-se numa amostra de sujeitos de classes socioeconómicas mais desfavorecidas, admitidos em regime ambulatorio, ou de internamento num grande hospital citadino. O coeficiente de garantia interna pelo método de participação foi de 0.86, enquanto que os resultados globais da BDI apresentam um coeficiente de correlação de 0.65 com as avaliações efectuadas pelos clínicos. A diferenciação sintomatológica e qualitativa que permite acompanhar a vasta gama de sintomas que o constitui, leva a considerar o BDI um instrumento sensível de análise do quadro depressivo, tornando-o especialmente útil em clínica e investigação.

A tradução portuguesa do BDI encontra-se ensaiada e aferida em trabalhos efectuados pelos Serviços da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Coimbra (Vaz Serra & Pio Abreu, 1973).

A escala foi mais tarde revista (Beck, Steer & Brown, 1993) sofrendo ligeiras alterações, passando alguns dos itens do questionário a conter uma 5ª afirmação além das 4 originais. Existe já uma segunda versão, mais actualizada, da escala (BDI-II), que foi criada (Beck, Steer & Brown, 1996) para melhor corresponder aos critérios do DSM-IV para a avaliação de uma depressão. Estudos efectuados por Beck et al. (1996) revelam uma forte correlação entre as duas versões. Porém, não foi ainda efectuada a tradução e adaptação desta para a língua portuguesa, tendo-se optado assim pela utilização da versão original.

Na sua versão original, cada um dos itens que compõe o inventário contém 4 afirmações. Na versão revista desta escala, que é utilizada neste trabalho, os itens têm 4 ou 5 afirmações, devendo o sujeito seleccionar apenas uma, que irá reflectir o seu estado de espírito nesse dia. Em cada uma das categorias, as afirmações estão listadas de forma crescente de gravidade, mostrando a primeira afirmação a ausência do sintoma. Nos itens com 5 afirmações existem duas delas cotadas de igual modo. Ex:

A)

0. Não me sinto triste
1. Ando neura ou triste
2. Sinto-me neura ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo
2. Estou tão triste ou infeliz que se torna penoso para mim
3. Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo mais suportar

O resultado final do inventário é obtido através da adição simples dos resultados de cada um dos 21 itens, o que possibilita um total máximo de 63 pontos.

Para Beck et al., (1961) os resultados podem ser vistos assim:

- 0 – 13: Normais
- 14 – 19: Depressão Moderada
- 20 – 28: Depressão Moderadamente Intensa
- 29 – 63: Depressão Grave

As categorias de sintomas/atitudes estão arrumadas em duas subescalas:

SUB-ESCALA COGNITIVO-AFECTIVA:

- A) Humor
- B) Pessimismo
- C) Sensação de fracasso
- D) Insatisfação
- E) Sentimento de culpa
- F) Sentimento ou desejo de auto-punição
- G) Ódio a si próprio
- H) Auto-acusação
- I) Desejos suicidas
- J) Crises de choro
- K) Irritabilidade
- L) Afastamento social
- M) Indecisão
- N) Imagem corporal

SUB-ESCALA SOMÁTICA:

- O) Inibição no trabalho
- P) Perturbações do sono
- Q) Fatigabilidade
- R) Perda de apetite
- S) Perda de peso
- T) Preocupação somática
- U) Perda da libido

Quanto ao tempo de administração, geralmente requer entre 5 a 10 minutos, embora os sujeitos com depressão grave costumem ultrapassar este período de tempo.

Este teste não é influenciado pela inteligência dos indivíduos nem pelo factor raça.

Procedimento

Após efectuada a revisão da literatura, e delineado o tipo de estudo a ser efectuado foram acompanhados os casos.

Foi elaborada uma carta de pedido de autorização à direcção clínica do IPOFG para um acompanhamento psicológico a alguns doentes da UAAD. Este pedido foi aceite, tendo ficado bem explícito que se tratava apenas de uma observação e acompanhamento de casos, não tendo a minha intervenção qualquer fim terapêutico. Tal facto foi também explicado a doentes e familiares aquando da minha apresentação.

Os casos que estudei foram de doentes do IPOFG acompanhados pela unidade de apoio domiciliário. Estes doentes foram questionados, bem como as suas

famílias, acerca do interesse de participarem neste estudo. Este consentimento foi obtido pelos médicos do serviço que entraram de igual modo em contacto com os médicos responsáveis pelos doentes.

É de assinalar que houve uma grande dificuldade em encontrar casos para acompanhamento. Em certos casos porque os doentes não se encontravam em condições físicas que o permitissem, noutros os próprios doentes, os familiares ou os médicos responsáveis não aceitaram este acompanhamento.

Nos casos seguidos e após a obtenção de todas as autorizações, foram-me explicadas por médicos e enfermeiras as situações clínicas dos doentes, bem como toda a informação complementar que dispunham, nomeadamente, relativa aos familiares.

Foi-me permitido o acesso às fichas clínicas dos doentes o que possibilitou uma melhor compreensão de toda a sua história clínica, bem como da sua doença actual. Pude também consultar as folhas de dados relativos à admissão do doente ao serviço e as folhas de registo de enfermagem, onde é efectuado um resumo de cada visita.

Após a consulta de toda esta informação, a primeira visita foi sempre integrada numa das habituais visitas ao domicílio com enfermeiras e médicos. Depois desta primeira visita todas as outras foram combinadas em horários independentes da visita médica.

As sessões realizaram-se, assim, nas casas dos doentes e, em algumas ocasiões específicas, no IPOFG.

RESULTADOS

De seguida apresentam-se os três estudos de caso, descritos de uma forma detalhada, apresentando, em cada um deles, dados recolhidos dos registos da UAAD. Estes dados incluem tanto os antecedentes de saúde, como da história da doença actual. Toda esta informação revela-se de extrema importância para um correcto enquadramento dos casos.

Seguem-se transcrições de momentos importantes das sessões de acompanhamento psicológico realizadas e da anamnese dos doentes acompanhados, bem como uma breve discussão das mesmas.

Todos os dados obtidos pelos instrumentos de avaliação psicológica são igualmente apresentados e analisados.

São ainda tecidas algumas reflexões finais sobre cada um dos casos.

Caso Clínico 1

Nome: *M*

Sexo: Feminino.

Data de Nascimento: 02/04/1951.

Data de Inscrição no IPOFG: 04/12/2000.

Data de Inscrição na UAAD: 21/07/2004.

Acompanhamento Psicológico: 28/07/2004 a 08/08/2004.

Faleceu: 10/08/2004, com 53 anos, por carcinoma da mama metastizado.

Dados Obtidos pela UAAD

Historial Clínico

- Menarca aos 15 anos.
- Teve uma filha e um filho que amamentou, respectivamente, durante sete e nove meses.
- Hipertensão arterial.
- Pai faleceu com neoplasia da próstata aos 82 anos.
- Menopausa cirúrgica aos 41 anos (1992) fazendo terapia hormonal de substituição. Realizada uma histerectomia com anexectomia bilateral pela existência de um fibromioma uterino³⁶.
- Passado de alcoolismo existindo registos de ter sido recebida no grupo de alcoologia do Hospital Júlio de Matos em Janeiro de 2003.

³⁶ Um fibromioma é um tumor benigno que se desenvolve no músculo uterino e a intervenção cirúrgica descrita é realizada por existirem igualmente lesões ováricas (Quevauvilliers & Perlemuter, 2003).

História da Doença Actual

Em Dezembro de 2000 é enviada ao IPOFG por *lesão* da mama direita na transição dos quadrantes externos com mastodinia à esquerda.

Faltou às consultas seguintes.

Em Fevereiro de 2002 volta após ter feito estudo complementar em Janeiro que revelou estroma mamário com distribuição mamária sem dispersão, referida no exame de Novembro de 2000. Tem alta da consulta e é enviada ao médico assistente.

Em Novembro de 2002 regressa à consulta por nódulo da mama esquerda. Faz citologia que revela carcinoma ductal (T3M9M0) da mama esquerda.

Em Fevereiro de 2002 inicia quimioterapia neoadjuvante.

Em Maio de 2003 faz mastectomia radical modificada tipo *Madden* à esquerda.

Em Julho de 2003 inicia novo ciclo de quimioterapia neoadjuvante e em Outubro do mesmo ano radioterapia.

Em Novembro de 2003 faz fractura patológica do colo do fémur. No mesmo mês uma ecografia hepática revela múltiplas lesões hepáticas.

São-lhe diagnosticadas metástases ósseas em L2, asa do ilíaco esquerdo, contorno inferior da articulação sacro-ilíaca direita.

Em Janeiro de 2004 faz Tomografia Axial Computorizada (TAC) Crânio Encefálica (CE) com contraste, a qual revela metástases cerebrais na protuberância e no cerebello.

Em Fevereiro de 2004 faz radioterapia Crânio Encefálica.

Em Julho de 2004 é enviada ao serviço de apoio domiciliário.

Dados

- Vive com a filha, o genro e pai do genro.
- Encontra-se sem reforma e sem baixa, não tendo, por isso, qualquer fonte de rendimento.
- Vive numa casa de três assoalhadas com boas condições habitacionais, tanto ao nível de humidade, como de temperatura, iluminação e higiene.
- O único apoio familiar é o da filha que trabalha das 10h às 14h e das 17h às 19h, o que lhe permite acompanhar a mãe no momento das refeições.

Estado Actual

À data do início do acompanhamento *M* está acamada, onde não se mobiliza, assumindo preferencialmente a posição fetal e apresentando uma total incapacidade para se colocar de pé ou caminhar. Deste modo, encontra-se totalmente dependente da filha em todas as actividades do seu dia-a-dia, tais como vestir-se, despir-se, nos cuidados de higiene ou na alimentação.

Em relação a esta última, pode referir-se que apresenta uma dieta líquida, fazendo 3 refeições por dia sendo, tal como já foi referido, totalmente dependente da filha para se alimentar.

Tem um quadro de incontinência urinária e obstipação (evacua de três ou de quatro em quatro dias, dirigindo-se à casa-de-banho com ajuda) e dificuldade em dormir durante a noite, o que fez com que lhe fosse prescrito *Lorenin* 1 mg P.O. que toma todas as noites.

Tem ainda uma úlcera no pavilhão auricular direito.

De acordo com a filha, não conhece a veracidade sobre o seu estado de saúde e prognóstico. Tem um tático de grande sofrimento.

Folha Diária de Registos de Enfermagem³⁷

- 21/07/04 – Primeiro dia, recebidos pelo compadre que não soube informar de nada sobre terapêutica ou alimentação. Acamada, não se consegue levantar nem deitar sozinha, embora se mobilize na cama. Tem imobilização das articulações têmporo-mandibulares por luxação recorrente feita no Hospital de Santa Maria (HSM).
- 22/07/04 – Calma, pouco comunicativa. Mantém tático de sofrimento/angústia. Conversou-se sobre o modo de otimizar os cuidados, e o requerido passa por ajudante para a necessidade de alimentação/hidratação quando a filha está a trabalhar. Família com muitas dificuldades económicas e problemas relacionais.
- 24/07/04 – Passou a noite no HSM por luxação das articulações têmporo-mandibulares.
- 28/07/04 – Há dois dias deixou de andar (astenia). Apresenta períodos de confusão mental e alteração de comportamento.
- 02/08/04 – Calma, comunicativa, já não consegue sair da cama, tem dificuldade em alimentar-se. Feita ligadura de imobilização das articulações têmporo-mandibulares. A doente não dorme de noite.
- 03/08/04 – Mais prostrada que em dias anteriores. Dor ao nível dos membros inferiores (inicia *Tramol* e pára *Tolotil*). Não consegue chupar a palhinha da água.

³⁷ Neste caso, devido à sua brevidade e a título de exemplo as folhas de registos de enfermagem são transcritas na sua totalidade.

- 04/08/04 – Feita visita de urgência, doente muito agitada e a gritar. Dois dias sem comer, observada e enviada para o IPOFG. Família pouco receptiva a que ela fique alimentada por tubos. Ficou de se falar com o médico responsável.

Terapêutica Médica

Não existia informação disponível.

Acompanhamento Psicológico

Entrevista Clínica

Antes da primeira visita é realizada uma reunião com a equipa médica. A doente é-me apresentada como tendo um cancro na mama com metástases ósseas e cerebrais, para além de uma lesão mandibular que lhe dificulta a fala. A esperança de vida não deverá ser de mais de um mês. Não tem compromissos sensório-motores até à data. Vive em casa do sogro da filha tendo uma situação familiar complicada. O dono da casa está desempregado, mas isso não invalida que passe a maior parte do tempo sozinha. A minha presença é sentida como “bem-vinda” já que permite que ela “não passe tanto tempo sozinha”, Foi-me dada a indicação que deveria deixar bem claro que não iria prestar “cuidados”. Aparentemente deprimida, revela recentemente alguma agressividade que até ao momento não tinha revelado. Apresenta dificuldade em dormir, tendo sido receitado um novo medicamento.

1ª Sessão (28/07/2004)

Faço a primeira visita neste dia acompanhando as enfermeiras e o objectivo é ser apresentado à doente e aos familiares e começar a envolver-me com a paciente. A doente tem um ar muito debilitado, muito magra e sem cabelo. As enfermeiras trazem receitas, medem a tensão arterial e mudam a gaze que ajuda a imobilizar o maxilar. A filha refere que ela já não faz tanta força e é agora difícil tirá-la da cama. As enfermeiras sentam-na na cama e, ao ser largada por um instante, cai desamparada sem, no entanto, se aleijar. Refere que se sente tonta quando é posta de pé. Voltam a deitá-la e terminam a visita. Fico com ela um pouco. Diz que não lhe apetece falar nem conversar. Apresento-me e digo que, caso ela queira, venho

conversar com ela e fazer-lhe um pouco de companhia, visto saber que passa grande parte do dia sozinha. Ela concorda. Digo que a venho visitar daí a dois dias e ela concorda.

Nesta primeira visita, visto ela não querer conversar, aproveito para perguntar à filha se posso falar um pouco com ela. Começa por ter uma reacção assustada e negar. Eu refiro que seria bom conversarmos acerca de algumas questões práticas, nomeadamente em relação às minhas visitas.

Ela acaba por dizer que provavelmente até precisa de falar, que se sente esgotada, que quase não dorme e que isso se nota no trabalho e mesmo no seu comportamento, já que, por vezes, se torna agressiva para com a mãe. Refere que devia tomar algo para lhe dar uma “força na cabeça”. Diz que “anda há um ano nisto”. A mãe era alcoólica e estava “sempre a levantar-se e a cair”, tendo sido operada em Outubro, colocando uma prótese no osso do fémur. “Agora mesmo que tente já não consegue levantar-se sozinha” e a filha evita perguntar-lhe se ela o quer. A filha diz que anda muito tensa. Já tentou tomar um relaxante, mas era muito forte e fazia com que dormisse “ferrada”. Diz que não o pode tomar porque a mãe pode precisar de ajuda durante a noite. Diz, também, que o marido fica “nervosíssimo” mas ela é como um muro, controla-se e acaba por “descarregar” em cima da mãe.

Refere que começa a trabalhar às 10h e só volta à casa por volta das 20h, vindo a casa no seu intervalo de almoço para tratar da mãe. O sogro está desempregado mas evita estar em casa, “vai dar as suas voltas e normalmente está em casa a partir das 16h”. Refere que a mãe está separada do pai e que tem um irmão toxicodependente, cujo paradeiro desconhece (revela um olhar muito triste ao falar deste assunto). Diz ainda que a mãe tem mais irmãos no Alentejo.

A filha refere que a mãe está muito fechada, muito fraca fisicamente e que deixou de andar recentemente, visto que com muita ajuda costumava deslocá-la até à casa-de-banho o que agora se tornou mais difícil. A mãe está agora sem cabelo e tem uma ligadura que segura o maxilar, evitando que este se desloque. No entanto, ela tira-a e os problemas com a mandíbula têm obrigado a várias deslocações à urgência do HSM. Segundo a filha, tudo seria mais simples se pudesse fazer um curso para aprender a recolocar a mandíbula, mas refere que tem muito medo de partir algo e faz-lhe muita impressão os gritos de dor que a mãe costuma dar. Estes problemas também a impedem de mastigar facilmente, ingerindo, por isso, líquidos por uma palhinha. A ligadura também lhe dificulta muito a fala.

A filha informa-me que deixa a mãe tratada de manhã, vem a casa dar almoço e volta ao jantar. Algo que ainda não conseguiu fazer é pôr os supositórios à mãe para a prisão de ventre, referindo isso como sendo algo extremamente importante.

De seguida, repara nas horas e diz que tem de ir trabalhar. Refiro que voltarei daí por dois dias, e ela diz que não sabe se irei lá fazer grande coisa, já que diz que a mãe não se abre e não fala, mas que, no entanto, sabe que a mãe falou um pouco com uma amiga, mas acerca de uma série de “disparates”. Pergunto que disparates, ao que ela responde “falou acerca de querer morrer”.

Discussão da Sessão

Esta primeira sessão fica marcada pela recusa, por parte de *M*, em falar. Este primeiro contacto é, talvez, de certa forma condicionado pela presença das enfermeiras e da filha, visto que, quando a sós, embora *M* não esteja com disposição para conversar, pede para eu voltar. Parece-me que ela se sentiu um pouco inibida, apesar de ser importante ter em consideração que o pedido de apoio partiu da própria

e, como tal, poderá ser uma reacção isolada, face a um primeiro contacto e às circunstâncias em que este aconteceu.

O primeiro contacto que tive com *M* não foi fácil já que me senti um pouco impotente face à sua recusa e abalado pela debilidade física que esta apresentava. De facto, os dados a que tive acesso acerca do estado actual de *M* puderam ser confirmados neste primeiro contacto, através da observação directa.

Apesar da curta duração desta primeira visita foi possível constatar que *M* se encontrava tensa, evidenciando uma nítida expressão de sofrimento.

Existem, também, uma série de factores que importa salientar, uma vez que as alterações fisiológicas provocadas pelo evoluir da doença resultam na alteração de uma série de ritmos biológicos. São de salientar os resultantes da lesão mandibular que lhe dificulta não só a fala e, conseqüentemente, a comunicação, como também a alimentação. Um outro ritmo biológico afectado é o sono-vigília, já que *M* apresenta dificuldade em dormir durante a noite. A capacidade de retenção da urina e a evacuação das fezes está também claramente afectada, uma vez que são ritmos que *M* não consegue controlar. Revela, ainda, incapacidades ao nível da locomoção.

Todas estas alterações levam a que *M* se encontre totalmente dependente da filha, o que poderá estar na origem da dificuldade relacional que manifesta. Estas dificuldades são, nesta sessão, reveladas pela filha, que culpabiliza a mãe pelo estado em que se encontra, devido ao seu passado de alcoolismo. A relação entre mãe e filha é bastante tensa, sendo condicionada pela difícil situação em que ambas se encontram, o que faz com que projectem a agressividade uma na outra. Uma das razões que leva a que a filha projecte a agressividade sobre a mãe é a situação de impasse que evidencia, uma vez que a sobrecarga de trabalho leva a que esteja muito cansada e a preocupação com a mãe não permite que descanse. A filha parece, claramente, saturada desta situação, sentindo-se incapaz de prestar alguns dos

cuidados que a mãe necessita, uma vez que, com o progressivo agravamento da doença, a mãe está cada vez mais debilitada.

As dificuldades na relação revelam-se não só ao nível corporal, isto é, ao nível das ajudas físicas, como também ao nível da comunicação. A filha refere que a mãe “não fala, não se abre”.

Verifica-se que a filha acaba por fugir de um assunto que parece muito importante, que diz respeito ao facto da mãe dizer-lhe que quer morrer, considerando-o “um disparate”.

2ª Sessão (30/07/2004)

Como combinado venho por volta das 9h30m, altura em que a filha sai para o trabalho. Antes de sair diz-me que acha que a mãe está cada vez mais debilitada fisicamente e que, na noite anterior, lhe disse que vai morrer e pediu-lhe que fosse vê-la durante a noite porque “podia morrer uma destas noites”.

Pergunto à filha o que é que ela e a mãe sabem acerca da doença e do prognóstico, ela refere que “sabe”, mas que nunca disseram à mãe qual a sua doença e que “tiveram sempre o cuidado de não falar de nada à frente dela”.

Vou ter com *M* e pergunto-lhe como está e como passou a noite. Tem alguma dificuldade em falar, em articular algumas palavras e, como tal, por vezes tenho de pedir se não se importa de repetir uma ou outra palavra. No entanto, vai conversando pausada mas fluentemente. Diz que passou toda a noite acordada até de manhã. Pergunto-lhe como se sente. Diz-me “Sinto que vou morrer”. “Porque diz isso, alguém lhe disse ou ouviu alguma coisa?” “Não, eu sei, eu sinto que vou morrer, mas não tenho medo.” Tento perceber se já falou com a filha sobre isso e ela refere que sim, mas que ela “acha que eu estou maluca”. Pergunto-lhe o que é que ela acha

sobre essa afirmação da filha. *M* diz-me “Acho que não estou maluca, já estive, quando parti a perna, nessa altura estava, perdi a voz e estive três dias no hospital. Eu preferia quando estava no hospital.”. Quando lhe pergunto o porquê responde, de forma repetida, com aparente tristeza e nostalgia “Mais convívio, mais convívio...”

Pergunta-me se não posso vir antes à tarde, eu digo que sim que não há problema, diz que gosta de dormir de manhã e combinamos que, no próximo dia, venho às 15h, a seguir ao almoço.

Pergunta-me o nome, ao que eu respondo e, com um brilho nos olhos, diz que tenho o mesmo nome do seu filho, do seu afilhado e do seu neto. Diz que não vê o filho há mais de um ano. Tem muitas saudades dele, pensa muito nele e preocupa-se muito com ele. Pergunto-lhe se gostava de o rever e o que gostava de lhe dizer. Emocionada repete uma frase várias vezes “Muito amor...” (pausa).

Diz que o neto vem visitá-la uma vez por mês. Gosta muito de o ver. Aponta para a mesa-de-cabeceira, onde estão algumas fotos, agarro nelas para as ver, diz-me que são do neto e pergunto se não tem nenhuma do filho. Ela, com muita tristeza, responde que não, porque a filha não deixa, não gosta dele, que só tem do neto que tem cinco anos. De seguida explica-me que é o avô que o traz a visitá-la. Tento perceber de que avô se trata. Ela explica-me que é avô do lado da mãe, visto que está separada do marido há 15 anos, com o qual não mantém qualquer contacto, apenas sabe que a filha e o neto o visitam. Explica, também, que o neto é criado pela avó materna.

Depois de algum silêncio pergunto-lhe se tem dormido bem e se se recorda dos sonhos. Diz que quase não dorme e que não se lembra de sonhar. Pergunto-lhe no que pensa durante o dia, já que passa a maior parte do dia acordada, deitada naquela cama sozinha. Responde que pensa na morte o dia todo e que pede para a morte a levar.

Faz um longo silêncio e diz que tem sede e pede-me água.

Retoma o diálogo e diz que acha que a filha não gosta de estar com ela e que foge. Tento perceber o que a leva a dizer isso. Ela refere que acha que a filha preferia não a ter ali. Diz que a filha a trata mal, “é a maneira como me trata”. Diz que preferia estar num lar porque lá “há mais convívio”. Converso com ela sobre essa possibilidade, referindo que, por vezes, estes são bastante caros, ao que ela responde que poderia ir para um lar da Santa Casa. Continuo a tentar perceber o que ela sente relativamente à situação em que se encontra e à relação que tem estabelecido com a filha. Ao mesmo tempo que valorizo e empatizo com o seu sofrimento, tento mostrar-lhe a perspectiva da filha, que também parece não estar numa situação fácil, dormindo pouco e trabalhando muito. Acaba por reconhecer que a filha anda cansada o que faz com que tenha dias em que fica “insuportável”.

Após uma pausa pergunto-lhe como ela está. Diz que anda mais calma, que os medicamentos lhe tiram as dores e que a ajudam muito. Pergunto-lhe, então, se não tem tido dores. Refere que no domingo foi ao hospital por causa do maxilar e que teve dores insuportáveis. Tento perceber como sente que foi tratada no hospital. Diz-me que foi bem tratada, embora goste mais de umas enfermeiras do que outras. Volta a referir o lar dizendo que “lá é melhor porque as enfermeiras são sempre as mesmas e tinha mais convívio”. Mais uma vez *M* faz referência ao facto de no lar haver “mais convívio”.

Percebendo que ela se sente muito sozinha, pergunto-lhe se o genro (que está de férias e passa os dias em casa) e o pai deste não lhe fazem companhia. Diz que não, nem um minuto, que se sente “como um cão abandonado!” (expressão que repete mais vezes). Diz também que prefere que não lhe façam companhia porque mais vale só que mal acompanhada. Questiono-a acerca dos fins-de-semana, nos quais a filha não trabalha, e ela explica que a filha se vai embora, vai para a praia e que, mais uma vez, fica sozinha. Quando lhe pergunto se passa sempre os fins-de-semana sozinha, diz-me que, por vezes, tem visitas, como é o caso da mãe que tem

83 anos e que, a última vez que a visitou, foi há um mês e meio. Menciona que gostava muito de a rever, mas que, neste momento, é difícil. Por vezes fica, também, em casa de uma amiga, como aconteceu no último domingo, dia em que deslocou o maxilar. Refere que foi muito bem tratada e que gostou muito de lá estar, visto que conversou bastante com esta amiga. Pergunto-lhe se gostou de conversar, ela diz que gosta muito de conversar, “até porque senão morro estúpida”.

De seguida diz que quer descansar um pouco para não “maçar a cabeça”. Nesta altura despeço-me, mas antes de sair converso um pouco com o genro e respectivo pai que aguardam na sala frente ao televisor, sendo que este último me pergunta como correu.

Ficam ambos muito admirados quando digo que estive a conversar com ela. O pai do genro de *M* afirma que ela nunca lhes diz nada, “quanto muito pede água”. Tento explicar que, por vezes, é mais fácil falar com um “estranho”. Começa, ele próprio, a “desabafar”, dizendo que isto é uma “enorme maçada” para a filha, “um peso!” e acrescenta ainda “Embora o médico diga que ela vai durar pouco, sei que às vezes não é assim, os velhos agarram-se à vida e nunca mais...” Diz que sabe como é porque ele próprio tem muitos problemas como diabetes, úlcera e tensão alta, mas que quer continuar a viver e a aproveitar e, como tal, não acredita que ela queira morrer mas sim que se vai agarrar à vida, sendo um peso para a filha.

Concluo que ele não compreende de todo a situação dela e limito-me a despedir-me dele e do filho, que durante este diálogo não esboçou qualquer tipo de comentário.

Discussão da Sessão

Nesta segunda sessão *M* mostra-se, inicialmente e mais uma vez, um pouco retraída. De início pensei que seria mais uma sessão de algum modo frustrante. No entanto, depois de algum esforço para começar a compreender o que dizia foi possível estabelecer um diálogo. É possível constatar que a dificuldade que *M* tem em falar condiciona, em muito, a sua comunicação e disposição. Penso que o momento em que me pergunta o nome, e se apercebe que é, também, o nome do filho, e do neto e afilhado, é um ponto de viragem na relação que estabelecemos. Criou-se uma empatia que, até então, não parecia possível, uma vez que *M* mostrava alguma resistência em conversar e, aparentemente, preparava-se já para se despedir. Contudo, esta sessão acabou por se revelar muito importante, já que foi possível a *M* expressar um enorme conjunto de emoções e sentimentos.

Um dos assuntos abordados foi a questão do filho toxicodependente, o qual não via há muito tempo e de quem tinha muitas saudades. Ao revelar que a filha não gosta deste irmão e que não a deixa ter qualquer lembrança dele (por exemplo, as fotos), demonstra muita tristeza e, muito emocionada, refere que gostava de o rever e lhe manifestar “muito amor...”. Todos estes aspectos parecem ser conflitos internos que nunca teve oportunidade de exteriorizar e verbalizar. Assim, parece-me extremamente importante que *M* tenha encontrado um espaço onde pudesse identificar esses sentimentos e expressar essas emoções.

Foi possível constatar, ainda, a importância que dá às poucas visitas que recebe, que está bem patente na forma como se refere a elas e no modo como partilha o facto de preferir estar num lar, onde menciona que teria mais convívio. Quando afirma que se sente “como um cão abandonado” está a revelar, claramente, a falta de relação com as pessoas com quem vive.

Talvez esse tenha sido, para mim, o momento mais difícil e doloroso desta sessão. Após a conversa com o genro e com o pai deste, verifiquei uma total incompreensão destes face à situação de *M*, considerando-a como um “peso” e uma “maçada” para a filha. Esta incompreensão é também revelada pela filha, num aspecto que me parece fulcral, que se verificou na forma como desvalorizou o modo como a mãe se sente em relação ao estado em que se encontra, nomeadamente, em relação à morte.

Este é um assunto do qual a filha, claramente, foge. Apesar de saber do real estado da mãe, esta nunca foi informada da sua doença e respectivo prognóstico. No entanto, *M* sente, de algum modo, que vai morrer e parece desejar essa morte. Estes são os pensamentos que preenchem o seu dia mas que, segundo diz, não lhe causam medo.

Nesta sessão foi possível confirmar com *M* que o seu ritmo de sono está alterado, já que passa a noite acordada e dorme de manhã, uma informação que já tinha sido revelada pela filha.

Um outro aspecto desta sessão que parece importante evidenciar diz respeito à dor e à forma como *M* lida com a mesma. *M* reconhece que os medicamentos a ajudam muito, já que tiram a dor e a acalmam. No entanto, teve mais uma situação complicada relacionada com o maxilar, que ela própria provoca ao retirar a ligadura que o sustém, originando dores intensas. Esta situação obriga-a a uma deslocação ao Hospital. Isto parece acontecer, por um lado devido ao incómodo que esta ligadura lhe provoca, mas, ao mesmo tempo, como uma clara chamada de atenção e um escape para a revolta que sente perante o estado em que se encontra.

3ª Sessão (02/08/2004)

Depois da visita de sexta-feira, volto na segunda-feira seguinte. *M* tem muito mais dificuldade em falar do que na visita anterior, sendo bastante difícil compreender o seu discurso. O diálogo, desta vez, limita-se, praticamente, a perguntas minhas a que ela tenta responder curta e directamente. Está ainda mais debilitada, diz que não tem apetite e que não tem comido, nem conseguido dormir. Diz que tem estado nervosa, com agitação. Quando lhe pergunto porquê, diz que não sabe. Pergunto se alguma coisa a incomoda, ao que ela responde “a boca”. Falamos sobre o fim-de-semana que ela descreve como “Mau, muito mau, ninguém me veio visitar.” Pergunto-lhe se a filha lhe fez companhia. Responde-me “Praia. Foi para a praia.” Questiono-a acerca da forma como se sentiu. Refere que teve muita sede já que não tinha ninguém para lhe dar água. Acrescenta, ainda, que tem tido dores nas ancas.

Exploro um pouco mais a falta de companhia no fim-de-semana e ela afirma que gostava de ter tido a companhia da filha, que gosta da companhia dela.

Tenho, de seguida, muita dificuldade em perceber o que diz, mas explica que faz um ano em Outubro que foi operada ao peito, mas que correu tudo bem e que depois da operação veio para casa.

Depois de alguns instantes diz, muito emocionada, que a filha lhe bateu. Fico espantado e pergunto onde. Ela responde que foi na mão. Tento que ela me explique melhor. Diz-me que chamou a filha durante a noite para lhe perguntar se havia fraldas e que esta ficou muito zangada por ser acordada por este motivo e lhe bateu na mão. Explica que ficou muito triste e começou a chorar e que “a filha não disse nada”. Pergunto-lhe porque terá sido que a filha lhe fez aquilo, responde apenas com a palavra “zangada”. Refiro que é natural que se sinta triste mas tento fazer-lhe

compreender que esta também não é uma situação nada fácil para a filha. Volta a afirmar que preferia ir para um lar, dizendo “ao menos lá não me batiam...” Pede água, tendo, no entanto, muita dificuldade em beber da palhinha.

Após esta pausa, pergunto se foi a primeira vez que aconteceu, diz que sim e que foi só um safanão. Tento perceber se está zangada. Diz que não, que está triste e que lhe apetece chorar.

Com alguma dificuldade explica, depois, que vivia em Odivelas e que vendeu tudo e veio para esta casa. Pergunto se tinha amigos lá, responde que não, apenas uma que, às vezes, a visita. Questiono-a, de seguida, se tem dormido bem de noite, ao que responde que não. Pergunto-lhe, também, se tem acordado a filha durante a noite. Ela refere que sim, esta noite chamou-a por causa das fraldas, tendo sido esta a situação que desencadeou o incidente. Exploro um pouco mais o que a leva a chamar a filha durante a noite. Pergunto-lhe se é devido ao facto de ter sede. Ela diz que durante a noite não tem sede e não consegue explicar porque é que o faz. No seguimento desta conversa falamos um pouco acerca da alimentação.

Após uma pausa menciona que “estou sempre neste quarto”. Pergunto-lhe se gostava de ir à sala, ela diz que antes gostava “mas agora já não”. Pergunto-lhe se gosta de ver televisão. Ela aponta para a televisão que tem no seu quarto e que está desligada e diz-me “Agora não gosto muito, não tenho vontade, também estava sempre a estragar o comando”.

Depois de alguns momentos de silêncio voltamos a falar da filha. Diz-me que gosta dela e eu sugiro que lho diga pessoalmente e que lhe agradeça o apoio que lhe tem dado, já que esta é, também para ela, uma situação complicada. Concorda e fica muito emocionada. De seguida diz que se sente cansada e que quer descansar. (Foi o último diálogo que tive com ela).

Ao sair, volto a falar com genro e com o pai deste. Mais uma vez, mostram-se surpreendidos como o facto de *M* conversar comigo, afirmando que ela não fala, limitando-se a pedir água ou comida. Acrescentam “Agora está acamada e nem sequer quer ver televisão. De noite é que chama e chateia a filha...”

Discussão da Sessão

Nesta sessão é de notar um agravamento da condição física de *M*, que apresenta fortes dores nos membros inferiores e muita dificuldade em falar, o que limita muito a nossa comunicação. É possível constatar um igual agravamento ao nível das alterações dos ritmos biológicos, nomeadamente a alimentação, que se manifesta através da falta de apetite e de dificuldades de ingestão de líquidos, e o sono, não conseguindo dormir. Noto, também, nesta sessão, alguma confusão mental, visível em parte do seu discurso e em alguns dos factos que relata, adulterando datas e parecendo fantasiar algumas situações.

As questões dominantes e determinantes nesta sessão são a solidão e o abandono que *M* sente, e que estiveram claramente evidentes durante o fim-de-semana, onde, inclusivamente, refere que não teve ninguém que lhe desse água e saciasse a sua sede.

Quando me relata o incidente em que a filha lhe bate, em relação ao qual se sente “muito triste”, revela uma nítida ambivalência em relação aos sentimentos face à filha. Por um lado, volta a afirmar que preferia estar num lar, por outro, diz gostar da companhia da filha. Tentei que a *M* elaborasse o sofrimento e as emoções que expressava, reforçando as emoções positivas, e *M* acabou por verbalizar que gostava muito da filha.

Mais uma vez, tanto o genro, com o pai deste, mostram-se muito surpreendidos pelo facto da *M* conversar comigo. Isto parece ser revelador do fraco

envolvimento que ambos têm com *M* e da fraca participação e empenho no acompanhamento à mesma. Por outro lado, evidência a boa relação, embora curta, que foi possível estabelecer.

4ª Sessão (05/08/2004)

O genro abre-me a porta. Não fui informado mas *M* foi internada na noite anterior, na qual passou a noite a gritar, sem conseguir dizer nada. Já não conseguia beber água pela palhinha e, também por isso, chamaram, de urgência, as enfermeiras do apoio domiciliário que decidiram ser melhor interná-la.

Visitas ao Hospital (06-08-2004 e 08-08-2004)

Visitei *M* no hospital onde ficou internada³⁸, mas esta encontrava-se já num estado em que o diálogo não era possível, estando totalmente imobilizada e seguindo-me apenas com o olhar. Foram momentos difíceis e frios num local em que os longos silêncios eram cortados por gritos de agonia vindos de perto.

Em ambas as visitas pude fazer-lhe companhia, tocar-lhe nas mãos e falar um pouco com ela, mas do outro lado não havia reacção aparente. Naqueles momentos questioneei-me se *M* me entendia, ou sequer se me reconhecia, mas não consegui perceber. Ficou a dúvida. *M* faleceu dois dias após a minha última visita.

³⁸ *M* ficou internada no IPOFG. Durante estas visitas foi-me solicitado por parte de enfermeiras de serviço que intervisse com outros doentes, nomeadamente, alguns que se encontravam em crise. Devido ao meu estatuto na instituição e por uma questão ética tive de recusar esse pedido, mas tal situação é bem reveladora da falta que existe, em muitos casos, de profissionais que prestem apoio psicológico.

Conclusão

Apesar da brevidade deste acompanhamento, este é um caso que retrata bem a realidade encontrada, muitas vezes, neste serviço. Doentes numa fase avançada da doença, em que os cuidados prestados são paliativos e, como tal, os objectivos passam por lhes proporcionar a melhor qualidade de vida possível, dadas as circunstâncias, numa fase terminal de vida, cujo prognóstico em termos de duração é sempre muito complicado de prever.

No momento em que *M* começou a ser acompanhada pela unidade de apoio domiciliário encontrava-se já num estágio muito avançado da sua doença.

A doença, e o sofrimento a ela associado, modificam a pessoa nas suas múltiplas dimensões, tal como se constata nas alterações ao nível dos ritmos corporais e biológicos, ao nível emocional e ao nível relacional, que podemos observar em *M*.

M aparenta estar deprimida face ao sentimento de impotência e perda de controlo sobre a sua vida. Para além disso o seu discurso, é não só dificultado pela sua condição, como denota, por vezes, alguma confusão mental que poderá ser consequência das metástases cerebrais.

Esta vivência é dolorosa tanto para a doente como para a sua família, que parece revoltada perante a situação em que se encontra.

A dinâmica desta família é claramente afectada pela condição de *M*, provocando uma série de alterações, principalmente nas rotinas diárias da filha, que se considera esgotada com a situação.

Lidar com o sofrimento implica que haja uma compreensão da experiência afectiva do outro. No entanto, o contacto com a fragilidade da vida, a realidade da morte e os sentimentos e angústias que a envolvem, tornam esta tarefa bastante difícil.

A vivência subjectiva da doente influencia e é influenciada por todos os que a rodeiam. *M* experiencia uma dependência face ao outro que é difícil para ela e para a família de aceitar.

Encontrei neste caso um clima familiar muito complicado, com antecedentes que provavelmente desconheço. O passado alcoólico de *M*, o divórcio e o filho toxicodependente são pontas de uma história que se adivinha mais complexa e que terá provavelmente episódios que condicionam a relação entre esta mãe e esta filha.

A solidão que *M* vive é algo que possivelmente já vem de trás, visto quase não ter amigas e ter sido obrigada a deixar a casa onde vivia, sendo que a sua filha a culpabiliza, em certa medida, por ter chegado a este estado.

M encontra-se num impasse em que a única saída possível parece ser a morte que, aparentemente, deseja. No entanto, não consegue dormir de noite, algo normalmente associado ao medo da morte. Trata-se portanto de uma ambivalência, tal como também é ambivalente a relação com a sua filha. Esta é a única pessoa a quem aparentemente tem uma ligação, mas a situação actual e, provavelmente, outros antecedentes que desconheço condicionam uma relação que é de amor/ódio e em que ambas “descarregam” a sua agressividade uma na outra.

Embora este acompanhamento tenha sido muito curto, e a minha intervenção não tivesse um propósito terapêutico, senti-me muito útil durante o mesmo. Penso ter sido como que um escape para *M*, num altura em que o diálogo não existia, algo que ficou demonstrado através da surpresa da família, cada vez que ela conversava comigo.

Este é, sem dúvida, aquilo que Trelis (1996, cit. por Moreira, 2001) considera um típico caso agónico de cuidados paliativos a uma pessoa que se encontra na última fase da sua vida. É muito complicada a intervenção nestes casos, já que ao contrário daquilo que estamos normalmente habituados, os objectivos não passam por uma cura, mas por ajudar, de certo modo, a pessoa a morrer.

Numa intervenção em que pouco se pode conseguir fazer no sentido da cura e em que ritmos corporais e biológicos estão irremediavelmente comprometidos resta, assim, uma intervenção ao nível da relação que se estabelece com o outro.

Foi de certa forma frustrante que uma relação de empatia, que se estabeleceu num tão curto espaço de tempo, acabasse tão rápida e bruscamente, mas não deixo de sentir que consegui, em certa medida, ajudar esta pessoa!

Caso Clínico 2

Nome: *E*

Sexo: Feminino

Data de Nascimento: 16/02/1922

Data de Inscrição no IPOFG: 03/02/2000

Data de Inscrição na Unidade de Apoio Domiciliário (UAD): 26/07/2000

Acompanhamento Psicológico: 06/08/04 a 28/10/04

Dados Obtidos pela UAAD

Historial Clínico

- Menarca aos 13 anos.
- Tuberculose pulmonar aos 23 anos, curada com *pneumotórax* terapêutico.
- Cervicite aos 37 anos, fazendo no mesmo ano uma biopsia a um calo.
- Antecedentes de hipertensão arterial.
- Obstipação intestinal crónica.
- Apetite medíocre.

História da Doença Actual

Em Maio de 1991 é detectado um carcinoma na mama esquerda. Uma mamografia realizada em Novembro do mesmo ano confirma uma lesão mamária

maligna (detecta-se nódulo palpável cuja citopunção revela C.D.I. da mama esquerda) e a presença de um pequeno fibroadenoma na mesma glândula mamária.

Em exames realizados ao tórax e esqueleto em Janeiro de 1996 são detectadas alterações por paquipleurite à esquerda com desvio da traqueia. Alterações degenerativas dos elementos ósseos constituintes do esqueleto axial.

No mês seguinte inscreve-se para tratamento cirúrgico mas, em Março, recorre ao HSM por uma infecção brônquica devido à qual fica em convalescença até ao início de Abril, realizando fisioterapia respiratória num período pré-operatório intensivo.

A 14 de Abril de 1996 reúne finalmente as condições para ser operada e é internada, sendo submetida ao tratamento operatório dois dias depois. É realizada uma tumorectomia com esvaziamento axilar à esquerda (quadrantectomia). Tem alta ainda neste mês.

Devido ao carcinoma ductal invasivo, em Maio inicia radioterapia (cobaltoterapia) ocorrendo nesta altura um linfedema residual do membro superior esquerdo o que leva a que inicie tratamento com *Tamoxifen*.

Em Fevereiro de 1998 tem finalmente alta da radioterapia.

No início de 2000 ocorre uma tromboflebite no membro inferior esquerdo e, em Abril do mesmo ano, surgem dorsalgias e perda de força num quadro agudo de compressão medular com paraplegia dos membros inferiores, tendo sido submetida a cirurgia descompressiva de urgência no HSM. Nesta altura são documentadas metástases na coluna dorsal (D7-D9).

E fica com uma prótese de estabilização e de seguida faz radioterapia na coluna de D5 a D10 no IPOFG, tendo recuperado parcialmente da paralisia dos membros inferiores.

Em Maio de 2000, na sequência de uma consulta de radioterapia, é internada no IPOFG. Em Julho seguinte ocorre uma nova urgência oncológica, por dispneia, contactando-se a segurança social o que leva a que *E* seja inscrita na UAAD.

Medicada desde então com *Femara* e *Pamidronato*, *E* apresenta episódios intercorrentes de flebite do membro superior esquerdo e dos membros inferiores, e de pneumopatia por vezes hipoxemiante. É ainda documentada litíase vesicular assintomática.

É ainda de assinalar uma ida à urgência em Setembro de 2002 por dores na coluna e vómitos.

Dados

- Aposentada.
- A situação familiar (tem uma filha dependente) encontra-se prevista e equacionada.
- Psicologicamente, incluindo do ponto de vista cognitivo, bem e muito estável, fazendo *Lexotan 1,5*.

Estado Actual

Não existia informação disponível.

Folha Diária de Registos de Enfermagem³⁹

Esta doente foi admitida neste serviço a 26 de Julho de 2000. Desde essa data que é mantida uma folha diária com registos de enfermagem. Nestas folhas são registadas todas as visitas e são incluídos pormenores, como as queixas, a disposição do doente, a medicação que está a ser administrada e, ainda, a primeira visita efectuada pelo Psicólogo.

Da consulta destas mesmas fichas há que destacar o relato da assistência prestada aquando da morte do marido, em 24 de Abril de 2003, e da fase que se segue e que é descrita como “muito complicada”.

Em relação às temáticas mais actuais, e que antecederam o início do acompanhamento psicológico, há que destacar algumas que ajudam na compreensão do quadro clínico do paciente: a presença de queixas álgicas ao nível da região lombar e perna; a presença de sinais de anorexia tendo, para o efeito, iniciado a toma de um estimulante de apetite e de reforços alimentares que incluem a vitamina B12a, uma abordagem por parte do médico responsável no sentido de tentar perceber, no caso de agravamento do estado de *E*, se a filha desta tem algum local onde possa ficar.

Terapêutica Médica

MST3, Norvase, Lanoxin, Lexotan, Fortimel, Femara.

³⁹ Para este caso, e devido à extensão dos registos, é feito um resumo das informações mais relevantes existentes até ao início do acompanhamento psicológico.

Acompanhamento Psicológico

Entrevista Clínica

E é-me apresentada como uma doente com um cancro na mama com metástases. O prognóstico é o de complicações provenientes das metástases ósseas, não a curto mas a longo prazo dado que, nesta idade, a doença tende a evoluir lentamente.

Trata-se de uma doente, de algum modo, especial neste serviço, visto ser acompanhada há já vários anos, ao contrário de muitos casos que são de mais curta duração.

É referenciada como um bom caso para um acompanhamento, não só pela lenta evolução da doença, como pela situação familiar de *E*, uma vez que é viúva e tem uma filha com uma deficiência mental que a torna completamente dependente da mãe. Este é, aliás, um dos principais problemas que se levantam, nesta data, face à necessidade que existe de pensar no futuro desta filha e de, possivelmente, recorrer a uma assistente social.

1ª Sessão (06/08/2004)

A primeira visita a *E* é realizada na companhia de uma enfermeira que lhe mede a tensão arterial, verificando que esta se encontra alta, e a questiona acerca da necessidade de prescrição de mais medicamentos.

A intervenção da enfermeira é breve e, após as devidas apresentações, deixamos a sós. *E* veste-se de negro, tem uma estatura muito baixa e aparenta ser mais jovem do que realmente é (82 anos). A filha, que usa uns óculos muito grossos, está presente num canto da sala parecendo algo distraída.

A primeira reacção de *E*, após a saída da enfermeira e antes de dizer o que quer que seja, é chorar.

Depois de alguns instantes de um silêncio pesado, alivia este choro com uma espécie de piada acerca dos medicamentos sobre os quais conversou com a enfermeira. Diz que toma *Coprinol* e pergunta se eu conheço o medicamento. Respondo que não. Explica que o “*Coprinol* é um remédio que existia antigamente para matar o caruncho da madeira”. Continua ainda expondo que a doença dela é semelhante, “é como que um bichinho que tenho dentro do corpo e que a pouco e pouco vai roendo tudo por dentro” e daí dar esse nome aos remédios que toma.

Rimos conjuntamente e, de seguida, *E* começa a discursar sobre a sua doença. Explica que “o problema começou há oito ou nove anos”. Refere que todas as suas complicações começaram nessa altura, acabando por ter de ser operada há quatro anos atrás. Menciona, ainda, que foi após essa operação que passou a ser acompanhada pelo serviço domiciliário.

Após esta breve introdução sobre a doença *E* muda de assunto, apontando para a filha e referindo que esta é, para ela, fonte de grande preocupação. Expõe que a filha tem, à data, 46 anos, acrescentando que esta sempre foi muito doente e ansiosa.

Noto que a filha percebe que conversamos sobre ela, mas não intervém, aparentando fingir que está distraída. *E* prossegue explicando que a sua filha nasceu com graves problemas de visão, acabando por ter de ser operada, e acrescenta que lhe explicaram que a filha, quando ainda era muito nova, tinha um atraso. Conclui referindo que estas complicações levaram a que a sua filha “não conseguisse aprender”.

Fala, de seguida, acerca do marido, descrevendo-o como alguém que fumava muito, e, associando a isso, refere que teve um Acidente Vascular Cerebral (AVC). Continua referindo que este, após este incidente, voltou para casa onde necessitava de oxigénio “porque tinha muita falta de ar”. Conta que o seu marido acabou por falecer em Abril do ano anterior, ou seja, há cerca de um ano e quatro meses (na altura).

Neste momento a filha, que parecia estar no seu mundo, não ouvindo ou não compreendendo a conversa, comenta dizendo que o pai “morreu por causa do tabaco”, repetindo a frase várias vezes, até *E* lhe dizer que “já chega, já percebemos”.

E retoma o nosso diálogo dizendo que se sente cansada, e que, apesar de comer, o faz com muito pouco apetite, o que faz com que esteja magra. Continuando a falar sobre a sua condição refere que deixou de andar quando foi operada mas que, com a ajuda da fisioterapia, conseguiu voltar a andar.

Acrescenta, ainda, que tem noites em que dorme bem e outras em que tal não acontece. Comenta que se deita sempre muito cedo e que a filha se deita sempre à mesma hora que ela. Explica que há noites em que a filha não dorme bem e nas quais também não a deixa dormir.

Continua a falar sobre a filha como se ela não estivesse presente ou não nos compreendesse. Diz que a ela é muito esquecida e muito nervosa mas que “sobre alguns assuntos consegue conversar bem”. Acrescenta que tem uma boa memória para nomes e locais, fazendo-lhe algumas perguntas com o objectivo de mo demonstrar.

Continuando a discursar sobre a sua filha, que a pouco e pouco se vai desinibindo e tecendo alguns comentários (alguns dos quais sem grande sentido ou de difícil compreensão), *E* refere que, felizmente, a filha conseguiu “mentalizar-se da

morte do pai”. Conclui expondo que a filha é uma fonte de grande preocupação, já que é totalmente incapaz de fazer inúmeras coisas, como por exemplo sair à rua sozinha, só o fazendo na sua companhia.

E comenta que as suas limitações também afectam a filha e acrescenta que tem saído pouco e, como tal, a sua filha também. Diz, no entanto, que este Verão conseguiu ir passar férias com uma cunhada (irmã do marido). Refere, ainda a este propósito, que tem sobrinhos. Desenvolvendo a temática familiar remata expondo que tem ainda uma irmã que vive perto de Santarém. Esta irmã também é viúva e tem 81 anos.

Voltando a centrar o discurso na sua condição *E* afirma que tem cataratas na vista direita, mas que tem de “esperar que fique melhor para poder ser operada”. Acrescenta que teve graves problemas de saúde como consequência do seu trabalho num laboratório de higiene, onde inalava muitos produtos que lhe provocaram uma doença pulmonar. Comenta que trabalhava muito nessa altura, jantando à onze da noite. Como consequência da doença teve de “levar muitas injecções” e acabou por se reformar muito nova.

Sobre o seu estado actual, *E* menciona que costuma acordar com má disposição de manhã, “com cuspo na boca”. Além disso, a sua principal queixa, são as dores que sente na parte superior da perna direita.

Com uma expressão de tristeza, *E* comenta que a “ordem natural das coisas” é que seja ela “ir primeiro” e, nessa medida, preocupa-a muito não ter soluções para a filha, já que esta é muito dependente e não tem quem fique a tomar conta dela.

E termina esta sessão com algumas frases que irá acabar por repetir vezes sem conta ao longo das sessões. “É assim a vida!”. “O que é que se há-de fazer?” “Quando se é novo aproveita-se mas depois...”.

Discussão da sessão

O impacto provocado pelo primeiro contacto com *E*, quando começa a chorar antes de, sequer, falar, ao que se segue um pesado silêncio, foi bastante complicado de gerir mas foi, também, francamente demonstrativo da sua condição.

O paralelismo que faz, com algum humor e ironia, sobre os medicamentos que toma é bem ilustrativo da imagem que tem da sua doença. Algo que, aos poucos, a vai destruindo, a si e ao seu corpo, por dentro.

Para além da sua doença, outra grande preocupação expressa por *E* é, sem dúvida, a sua filha. Esta tem, claramente, uma deficiência mental grave e *E* trata-a e fala sobre ela como se de uma criança de tratasse.

Há ainda que assinalar a recente morte do seu marido, um momento doloroso, com um conseqüente difícil processo de luto e de adaptação. *E* termina a sessão com comentários que aparentam uma triste resignação à sua condição.

2ª Sessão (10/08/2004)

E inicia a sessão com um discurso muito negativo. Comenta que não há nada de positivo neste momento na sua vida. Queixa-se de dores nas costas, do facto de quase não conseguir andar, de não ter marido e até do mau tempo “que em nada ajuda a situação”.

Termina as suas reflexões com algumas frases indicadoras da resignação perante a situação desagradável em que considera estar: “É assim a vida...”. “Cá vamos andando as duas...”

Após uns momentos de um desconfortável silêncio empatizo com os seus sentimentos, reconhecendo que está a passar por uma fase complicada, mas convidando-a a tentar examinar a sua vida, no sentido de procurar algo positivo.

Responde dizendo que as únicas coisas positivas são a reforma e as pensões de invalidez da filha e de morte do marido, que “dão para ir vivendo. De resto, só uns dias melhorzitos.”

De seguida, comenta que tem uma casa de férias mas que agora “já nem isso pode aproveitar como aproveitava”. Explica que costumava ir sempre com o seu marido mas que, após a sua morte, passou a só poder ir quando a família a pode levar, o que é bastante raro.

Continuando com um discurso nostálgico diz que “se pudesse passeava e tratava da casa como deve de ser”, mas queixa-se que agora o máximo que consegue é dar uns passinhos. Comenta que a situação até poderia ser pior já que, após a operação, disseram-lhe que nunca iria voltar a andar, tendo de ficar numa cadeira de rodas. “Felizmente consegui recuperar”.

Enquanto a filha, que mais uma vez está presente na sala, vai interrompendo o diálogo com alguns comentários, *E* refere que “o que vale é a ajuda da Santa Casa”, já que, como explica, esta instituição traz-lhe almoço “que também chega para o jantar” e faz as limpezas da casa.

Após mais um comentário da filha, *E* diz irritada: “É uma vergonha, a manhosa não saber ler e não ajuda em nada.”. Acrescenta que a filha é “muito estrábica” e que “não sabe fazer quase nada porque vê muito mal, lava a loiça mas mesmo isso faz mal!”

E continua a falar mal da filha, e ao mesmo tempo que tento ir empatizando com a situação, tento fazê-la ver que a filha, provavelmente, faz o melhor que sabe. *E* concorda que, de facto, a filha “não tem culpa de ter nascido assim” mas queixa-se de que ela fala o dia todo e que isso a cansa muito.

Depois de mais uma pausa *E* desabafa com mais uma expressão carregada de emoção: “Sempre a mesma vida, sempre a mesma coisa...”

E começa, novamente, a falar do estado tempo e “da chuva que está lá fora em pleno Agosto” e volta a mostrar-se irritada com os comentários da filha ao nosso diálogo. Explico-lhe que, da minha parte, não há qualquer problema que a filha nos interrompa e acabamos por iniciar uma conversa a três.

A filha consegue opinar sobre alguns dos temas, mas *E* só puxa assuntos negativos, falando dos temas dos noticiários dos últimos dias, tais como crimes e acidentes nas estradas.

Diz que o mau tempo lhe dá sono e que continua levantar-se muito mal disposta. Questiona-me se a má disposição será causada pelos remédios ao que lhe respondo que é uma pergunta que terá de colocar ao médico. Logo de seguida faz questão em mostrar-me as últimas análises médicas que realizou, indicando-me alguns resultados acima dos níveis médios.

De seguida tento explicar-lhe um pouco melhor as diferenças entre um médico e um psicólogo, esclarecendo melhor qual o meu papel e a minha intervenção.

Aproveitando a temática da psicologia, *E* vira de novo as atenções para a filha, dizendo que nunca percebeu muito bem o que ela tinha. Explica que sabe que ela tem um problema mas que nunca soube ao certo do que se tratava. Comenta que tem uns papéis antigos e que talvez eu a possa ajudar.

Tenta procurar alguns documentos para eu analisar mas depois de alguns minutos acaba por comentar: “Guardei tão bem que não sei onde.” A única informação que acaba por descobrir são documentos relativos a uma escola de ensino especial e de reeducação que a filha frequentou.

E refere que irá procurar com mais calma os documentos e mos mostrará numa próxima visita. Combinamos, nesta altura, que faremos sessões semanais durante alguns meses e a visita termina com *E* informando que em sua casa são todos adeptos do Sporting e que, nesse dia, irá assistir a um jogo na televisão.

Discussão da sessão

E apresenta, ao longo de toda a sessão, um discurso com uma forte carga depressiva. Por detrás deste discurso, *E*, vestida de preto e com o cabelo todo branco, revela uma clara tristeza, mas uma calma aparente. No entanto, é possível observar, pelas suas reacções às interrupções da filha, uma agressividade latente.

Esta filha parece ser uma grande fonte de irritação mas, ao mesmo tempo, também de preocupação. Com o seu discurso negativo, *E* continua a parecer

resignada a um impasse sem saída aparente para a sua situação, procurando, contudo, respostas que possam, de algum modo, esclarecer e ajudar a situação da sua filha.

3ª Sessão (18/08/2004)

E inicia a sessão contando que questionou o médico sobre a má disposição ao acordar e que este lhe explicou que podia “ser dos nervos”.

Afirma que as dores nas costas continuam a preocupá-la e adianta que “de resto, tudo na mesma... é a vida”.

A sua filha, como sempre presente e entretida folheando livros de banda desenhada que não sabe ler, vai tentando estabelecer um diálogo sempre que o silêncio se instala. *E* comenta: “O que eu falo a menos ... fala ela”.

Descreve a filha como extremamente faladora e acrescenta que, por vezes, nota que a filha anda nervosa. Isto normalmente ocorre quando esta anda à procura de coisas e, face às suas grandes dificuldades visuais, não as encontra, ficando muito chateada.

O silêncio surge de novo e tento que *E* me fale um pouco da sua vida e do seu passado. *E* acede mas fala muito rapidamente de tudo, em poucos segundos e com frases curtas.

Sobre a mãe, de quem não volta a falar nas sessões, refere que era doméstica comentando “é assim a vida”. Explica que o seu pai era médico e que nasceu na casa onde vive.

Conta que conheceu o marido, que era empregado de armazém, num baile e que quando casou ele, aos 35 anos, o marido foi viver lá para casa.

Depois faz uma comparação entre os três referindo que o pai morreu aos 75 anos, a mãe aos 73 e o marido também aos 73 anos de idade.

Continua, afirmando que o seu passado “foi sempre a sofrer”. Conta que começou a trabalhar aos 18 anos, “fechava ampolas”, e que durante cinco anos teve “tuberculose e pneumas”, acabando por se reformar nova, aos 54 anos.

Explica que a irmã se casou mais nova, com 27 anos, e que saiu de casa, acabando ela por ter de tratar de muitos doentes. Conta que teve de tratar do pai, da mãe, do sogro e da avó.

Acrescenta que a mãe morreu “de doença de ossos, como eu”, e que o pai “morreu da idade”.

Tento explorar um pouco mais a sua história e obter mais alguns pormenores, mas *E* defende-se respondendo que já contou tudo e que não há mais nada de interessante.

Antes de mais um prolongado silêncio refere que nunca viajou muito, e que nunca foi mais longe do que Santarém e Torres Vedras. “Tive uma vida cansada, sempre a mesma vida e pronto...”

No meio de algumas intervenções da filha, *E* comenta que anda “um pouco esquecida” ultimamente, acrescentando que a única coisa positiva foi ter ficado “boa das pernas”.

Depois de mais uma longa pausa tento explorar os seus ritmos de sono e a sua vida onírica. Mais uma vez sem entrar em detalhes e com frases curtas, *E* responde que dorme bem quando se deita bem disposta. Não se lembra de ter tido sonhos nem pesadelos, mas refere ter algumas noites em que acorda muitas vezes.

A filha volta a intervir e *E* comenta que não tem paciência nenhuma para ela, porque esta fala o dia todo. Volta a referir que a filha foi operada à vista quando era “pequenina”, comentando que resultou, mas que mesmo assim “ela vê muito pouquinho”. De seguida a filha fica muito contente ao apreciar o som dos pássaros, que vem da cozinha. *E* comenta que tem uns periquitos de que a filha gosta muito, mas que esta nem sequer é capaz de os alimentar.

Invariavelmente, a conversa vai parar às suas preocupações com a filha. Esta intervém contando um episódio em que esteve internada no HSM por causa de uma bronquite asmática, referindo que “era por causa dos nervos” e acrescentando que não queria lá estar, que queria voltar para casa e que gritava e puxava os cabelos. *E* faz um ar aborrecido comentando que a filha conta sempre as mesmas histórias, várias vezes por dia, e que já ouviu aquela história milhares de vezes.

Pede à filha que se cale dizendo, “já estás a maçar o doutor”, e de seguida sugere que talvez seja melhor terminarmos a sessão.

Discussão da sessão

Nesta sessão tento conhecer um pouco a anamnese de *E*. Esta, contudo, defende-se, fechando-se em frases curtas e sem carga emocional.

E descreve-se a si própria como pouco faladora e, de facto, as sessões são marcadas por pesados silêncios entrecortados por um discurso predominantemente negativo e por intervenções (mais alegres) da sua filha. *E* mostra-se claramente saturada da situação em que se encontra, projectando essa revolta na filha que a cansa com a rotina de anos.

Em relação à história de vida auto-relatada por *E* há que destacar os clichés utilizados no seu discurso como o “é assim a vida”. *E* descreve uma vida dura, difícil e com poucos prazeres e alegrias.

Fala da morte e do sofrimento fazendo uma curiosa alusão à sua condição, referindo que, tal como ela, a sua mãe, de quem tão pouco fala, morreu de “doença de ossos”. Parece claro que *E* se entrega a um destino em que a única coisa que a espera é uma morte semelhante à da sua mãe.

4ª Sessão (25/08/2004)

E recebe-me com as frases que a caracterizam. “Cá se vai andando. Muitas dores, muito mal-estar. É sempre a mesma coisa. Uns dias com menos dores, mas sempre a mesma vida”.

Continuando com o habitual discurso depressivo fala do passado com nostalgia. Comenta que “antigamente ia a qualquer lado, a qualquer hora, sem medo, agora com a criminalidade...”. Fala sobre várias notícias que viu na televisão à medida que vai traçando um mundo completamente negro.

De seguida começa a falar do passado, mostrando-se nostálgica mas, ao mesmo tempo, mais alegre. Conta como o pai, pessoa a quem tece grandes elogios, foi tratado em casa quando ficou doente. Afirma que nesses tempos tudo era diferente, tudo era melhor.

Dá vários exemplos, mencionando que os médicos iam a casa das pessoas, “o que era muito bom”. Acrescenta que existia mais respeito entre as pessoas e mais sentido de família.

Iniciamos um longo diálogo comparativo entre épocas distintas. *E* fala do tempo em que não havia televisão e em que as pessoas saíam à noite para trabalhar. Comenta os dias de hoje em que “há muita gente velha”, referindo que os lares são caros e não são bons, acrescentando que “os hospitais nem se fala”. Vou tentando dar-lhe uma perspectiva mais positiva da realidade à medida que vamos conversando sobre várias temáticas.

Ao longo do diálogo, por vezes interrompido pela filha sempre presente, volta a falar um pouco sobre o seu passado. Não entrando em muitos pormenores conta que tirou a 4^a classe e que, graças ao pai que era médico e lhe ensinava muitas coisas, muito cedo começou a ir trabalhar para a farmácia dando “injecções para a pulmónica”.

De seguida lembra-se que, depois de muito procurar, encontrou os papéis antigos referentes à condição da sua filha. Pede-me para eu os examinar no sentido de a ajudar a perceber melhor qual o problema desta.

O resto da sessão é passado a observar uma série de documentos (muitos deles com mais de 40 anos) que incluíam exames médicos e relatórios escolares da sua filha.

Como exemplo fica o excerto de um exame realizado em 1965 quando a filha de *E* tinha sete anos de idade:

“Os radiogramas obtidos revelam-nos um crânio de pequenas dimensões com desenvolvimento reduzido da fossa anterior, havendo aspecto de vidro martelado que corresponde à existência de hipertensão craniana”.

Estes documentos, que iam desde o nascimento da filha de *E* até esta completar 20 anos, serviram para confirmar um diagnóstico de deficiência mental

grave. Há que assinalar as grandes dificuldades escolares, com problemas ao nível da memória e da concentração, a presença de um atraso motor, mas também várias notas que a descreviam como uma criança alegre e afectiva.

Discussão da sessão

Esta sessão fica marcada pela grande preocupação que *E* revela sobre a condição da sua filha. Não o expressando directamente foi visível a vontade de *E* em que eu pudesse contribuir, de algum modo, para a compreensão da condição da filha e, talvez até, para uma ajuda miraculosa.

E continua com o seu discurso sobre um passado amargurado mas, ao mesmo tempo, muito mais feliz do que um presente que não lhe oferece alegrias, e do que um futuro que lhe reserva muitas preocupações, especialmente pela dependência da sua filha.

5ª Sessão (31/08/2004)

A sessão inicia-se, com mais algumas das típicas expressões de *E*, que resumem o seu estado de ânimo. “Cá vamos... Na mesma... Agora com mais dores na perda esquerda.”

Nesta sessão, tendo em conta a grande dificuldade em aceder a material da sua anamnese e ao seu discurso repetitivo e defensivo, opto pela aplicação de um teste projectivo, nomeadamente o Rorschach.

E concordou com a aplicação da prova e pediu à filha para se retirar para o seu quarto. *E* denotou um grande desconforto ao longo da realização da mesma. Esta

aplicação foi marcada não só pela pressa em responder e em seguir para o cartão seguinte, como pelos constantes comentários e expressões corporais de horror e repulsa face ao material apresentado.

No final da prova, e após mais alguns comentários depreciativos sobre os cartões do teste, *E* volta a falar sobre a sua doença. Comenta que a sua doença “é grande e a idade também pesa”. Acrescenta que quando veio para casa a sua situação era mais complicada já que estava acamada e não andava. Agora, considera estar melhor. “Já dá para sair uns bocadinhos, passear uns bocadinhos”.

A filha volta à sala e, depois de mais algumas trocas de palavras sobre banalidades, despedimo-nos.

Discussão da sessão

E teve muita dificuldade em encarar a prova do Rorschach activando, ainda mais, as suas defesas ao longo da mesma. O facto de tecer comentários sobre a sua doença, que considera como sendo uma “doença grande”, mostra não só o peso que confere a esta doença da qual nunca diz o nome, mas também reforça a evidente projecção corporal que fez ao longo da prova.

6ª Sessão (07/09/2004)

Esta sessão é a mais curta de todas as que realizámos. *E* inicia a mesma com mais um “Cá vamos andando...”.

Não tece qualquer comentário acerca da aplicação do Rorschach na sessão anterior, falando um pouco acerca dos medicamentos que toma e que incluem

algumas “vitaminas para compensar a falta de apetite”. Afirma que vai comendo porque tem de comer e não porque tenha vontade.

A sua filha, como na maioria das vezes, encontra-se bem disposta e tenta conversar. Esta vai dando as suas opiniões e fazendo os seus comentários à medida que *E* inicia mais um diálogo depressivo acerca das várias desgraças que vê nas notícias e que se passam por todo o mundo.

Infrutiferamente tento mudar o rumo da conversa e centrá-la um pouco mais nela mas, quando o tento fazer, *E* comenta que sobre ela não tem qualquer tipo de novidades, que não tem “nada para contar”. Como tal, sugere que eu vá “visitar outras pessoas”. A sessão, passado pouco tempo, acaba por terminar.

Discussão da sessão

Embora não teca comentários à aplicação do Rorschach esta sessão é provavelmente contaminada pela anterior. *E* fecha-se e evita falar sobre os seus sentimentos, mas reflecte-os na tonalidade negativa que, mais uma vez, dá ao seu discurso.

Trata-se de uma fase difícil de gerir, já que *E* parece considerar que é um caso perdido ao tecer comentários sobre a sua situação de rotina sem novidades nem saída. Acaba por precipitar o fim de uma sessão muito curta ao sugerir que eu visite outros doente que possam beneficiar mais do meu apoio do que ela.

7ª Sessão (14/09/2004)

O discurso de *E* continua com o mesmo carácter depressivo, dizendo que “continua tudo na mesma” e que não tem novidades para me contar.

Mais uma vez *E* faz conversa de circunstância, tecendo alguns comentários sobre “o tempo lá fora”.

Nesta sessão sugiro a aplicação do BDI. *E* acede até porque, segundo diz, não tem tema de conversa.

Depois de uns instantes a observar o questionário pergunta se não posso ser eu a fazer-lhe as perguntas e a assinalar as respostas. Embora não seja o procedimento mais correcto aceito o seu pedido e coloco-lhe as questões.

E revela algum desconforto durante esse período, denotando pouco empenho e alguma pressa em responder. Vai fazendo alguns comentários às questões, parecendo, por vezes, não fazer um grande esforço para ouvir com a devida atenção as opções de resposta existentes.

Concluimos a aplicação e no final *E* não faz observações acerca do questionário. Volta a mencionar que não tem “grande coisa para contar” e a sessão termina quase de seguida.

Discussão da sessão

E revela, mais uma vez, uma atitude defensiva que é reforçada com a aplicação do questionário. Embora concorde em responder às questões fá-lo sem grande empenho e sem aparente envolvimento emocional.

De facto, *E* continua com uma postura de resignação e conformismo que se vai estendendo à nossa relação. Volta a evitar o diálogo e a exploração dos afectos repetindo o mesmo discurso circular das sessões anteriores.

8ª Sessão (29/09/2004)

Na semana seguinte venho ao dia e hora combinado mas *E* não se encontra em casa. Volto a sua casa, noutra tarde da mesma semana, mas mais uma vez não a encontro. Telefono-lhe, ainda nesse dia. Ela comenta que “foi azar” já que tem passado os dias quase todos em casa e devo tê-la visitado aquando dos seus pequenos passeios. Agendamos uma nova sessão para a semana seguinte.

Quando chego nesse dia *E* manda a filha para o quarto de um modo algo rude dizendo “tenho de falar com o doutor”.

Conversamos um pouco sobre o facto de não a ter conseguido encontrar na semana anterior. Ela volta a comentar que “foi pouca sorte” mas refere de seguida que “também o Doutor não precisa de vir cá todas as semanas”. Considera que “não se passa nada” e que como tal não se justifica. Acabamos por decidir que passarei a fazer visitas quinzenais.

A filha, entretanto, retorna à sala, vindo chorosa. *E* finge não reparar e começa a falar sobre os últimos dias. Refere que continua sem apetite e a tomar suplementos, considerando importante alimentar-se bem. Prossegue depois com o habitual discurso de “cá vamos andando, sempre na mesma, é sempre a mesma coisa...”.

De seguida tento explorar um pouco mais os seus sentimentos em relação à sua situação e à doença. *E* diz que tem sido muito difícil, tendo em conta tudo o que passou, e especialmente após a morte do seu marido. Começa a emocionar-se mas corta logo o assunto com mais alguns comentários. “É assim a vida, temos de aguentar. Vou fazendo a diligência”.

Após mais uma pausa carregada de emoção latente, tento devolver algo de positivo e um pouco de confiança ao seu discurso. *E* recorda, de seguida, que já teve fases mais difíceis da sua doença e que é bom agora poder dar os seus passeios.

A sua filha intervém comentando sobre os passeios que dá com *E* e esta volta a demonstrar pouca paciência para o discurso da filha. *E* intervém pouco no diálogo que se segue e, rapidamente, deixa esgotar o tema da conversa. Retoma o discurso de que não tem “nada de interessante” sobre o qual falar e a sessão, mais uma vez curta, termina.

Discussão da sessão

Em primeiro lugar há que assinalar o facto de *E* aparentemente se ter esquecido da nossa sessão. Porém, esta considera que não se justificam as sessões semanais, afirmando não ter muito para dizer, já que as coisas na sua vida são sempre iguais. Este discurso é sintomático do modo como evita envolver-se numa relação, com o psicólogo, que se torna cada vez mais distante.

De facto *E* isola-se cada vez mais atrás das suas defesas, evitando entrar no mundo dos afectos e das emoções. Isto é claramente ilustrado pelo modo como tenta, de imediato, mudar o tema da conversa quando tento explorar os seus sentimentos face à condição da sua doença e à morte do seu marido.

É, ainda, de realçar a irritabilidade e impaciência de *E* para com a sua filha que, ao mesmo tempo que é a sua única companhia, é a principal fonte de preocupação, funcionando como alvo das suas descargas de agressividade dissimulada.

9ª Sessão (12/10/2004)

Quando chego *E* e a filha encontram-se a ver televisão. O discurso inicial é em tudo semelhante à maioria das sessões. Comenta, “cá vou andando...”

Tento perceber como têm sido os seus dias e *E* explica que continua sem apetite, “embora vá comendo”. Acrescenta que de resto não tem muitas queixas, visto que, os “comprimidos à base de morfina” a ajudam muito, retirando-lhe as dores.

Prossegue com observações sobre o seu dia-a-dia contando que se deita sempre por volta das nove horas da noite e que dorme bem, embora acorde às vezes, quase sempre por causa da filha.

E volta a centrar a sua atenção no programa que passa na televisão, comentando que não vê bem de um olho, já que tem cataratas.

A filha (que tem 46 anos) faz depois um comentário que é bastante elucidativo da sua auto-imagem ao afirmar, “não sou criança de gostar de ver muita televisão.”

E comenta que a filha não gosta da televisão porque não vê muito bem. Continua discursando sobre a condição da filha. Volta a referir que foi operada aos dois olhos mas que continua com muito estrabismo. Explica que passa os dias inteiros a folhear revistas, as quais não consegue ler e acrescenta que “é capaz de estar sempre a contar a mesma história, vezes sem fim, repetidamente”.

A expressão que se segue é de total saturação por parte de *E* face à filha. *E* afirma que “anda com muito pouca paciência para a filha”, e que “até o barulho das folhas a virar o dia todo já a chateia”. Adianta, ainda, que considera que devia levar a filha a um médico já que acha que “ela anda mal dos nervos com toda esta situação”.

Tento explorar um pouco as razões dessa opinião mas *E* evita aprofundar muito o assunto.

Logo de seguida, pela primeira e única vez ao longo das sessões, começa a rir. Fá-lo ao recordar-se de uma situação recente que lhe aconteceu. Conta que num dos seus passeios perto de casa caiu e que ficou “estatelada no chão” com as pessoas a passarem na rua mas sem que ninguém a levantasse. Brinca com a situação dizendo que as pessoas não ajudaram porque deviam ter medo que fosse algum truque, algum esquema utilizando uma velhinha para fazer um assalto.

Rimo-nos conjuntamente e a alegria parece vir não só do caricato da situação e da brincadeira de *E*, mas também da possibilidade de aliviar a tensão e a monotonia das conversas habituais.

Volta a tecer, de seguida, algumas considerações sobre o clima de insegurança que pensa existir, hoje em dia, na cidade de Lisboa. *E* centra novamente o seu discurso em questões da actualidade, conversando, nomeadamente, um pouco sobre futebol. Enquanto aponta para alguns símbolos e emblemas do clube, que tem espalhados pela casa, volta a referir que são todos adeptos do Sporting. Conta, com uma expressão de nostalgia e alguma tristeza, que o seu marido era um “torcedor fanático do clube”.

E interrompe, mais uma vez, o aprofundar dos seus sentimentos cortando a conversa com uma das expressões por si mais usada, “é assim a vida”. Depois de mais um silêncio que se instala compreendo que *E* não tenciona continuar o diálogo e despeço-me explicando que a minha intervenção se encaminha para o final e combinando a sessão seguinte.

Discussão da sessão

E inicia a sessão com o habitual discurso breve e repetitivo sobre a sua condição. Desta vez deixa, curiosamente, a televisão ligada. Nas anteriores sessões desligava-a sempre aquando da minha chegada. Nesta ocasião serve como forma de desviar o nosso diálogo do centro das atenções.

Ao falar sobre a filha expressa, verbalmente, aquilo que, várias vezes, transmitiu corporalmente, mas que nunca antes tinha posto por palavras. *E* encontra-se cansada e saturada da situação em que se encontra e projecta a sua impaciência, face a este impasse situacional, projectando os seus sentimentos na filha. *E* não só expressa a sua irritabilidade face à rotina fatigante dos comportamentos da filha, como ainda considera que esta anda muito nervosa como consequência de todos os acontecimentos vividos.

Tal como em situações anteriores, quando as emoções começam a emergir *E* tenta defender-se. Para tal, usa, como já havia feito na primeira sessão, o humor de forma a escudar os sentimentos mais fortes que o diálogo desponta.

Termina a sessão voltando ao discurso depressivo que culmina nos sentimentos evocados pelas recordações do marido, que conduzem ao termo do diálogo.

10ª Sessão (28/10/2004)

“Cá vamos andando na mesma.” Este é o modo como *E* inicia a nossa última sessão.

Depois, desabafa dizendo que em sua casa são duas doentes. Considera que não deveria ser assim, que “pela ordem natural das coisas” deveria ser uma a tomar conta da outra. Mas constata que “infelizmente não é essa a realidade”.

De seguida refere, mais animada, que desta vez tem algumas novidades. Conta que já foi fazer as análises aos seus olhos e explica que, em princípio, será operada. Conversamos sobre este assunto e *E* diz que lhe explicaram que se trata de um procedimento simples e indolor, “é com laser e não dói”. Acrescenta, no entanto, que tem algum medo em relação à operação.

Comenta que deveria aproveitar e levar a filha ao médico. Expõe que esta, embora tenha sido operada três vezes, “já não vai a nenhum médico há muitos anos”. Acrescenta que a condição da filha é muito pior do que a sua, visto que “só não vai contra as coisas porque conhece bem os cantos à casa”.

A filha começa, de seguida, a tentar contar diferentes histórias mas é notório que são histórias que *E* já deve ter ouvido repetidas vezes. Revela, mais uma vez, a sua impaciência mandando a filha calar-se várias vezes.

E volta a referir que considera que a filha anda inquieta e que a devia levar a um médico “por causa dos nervos”. Explica que a sente mais ansiosa nos últimos tempos e que tudo se agravou com a morte do seu marido. Acrescenta que a filha, por vezes, fica muito agitada e que, como tal, toma *valdispert*, mas que “não pode abusar” porque o medicamento lhe dá sonolência.

Continuando a conversar sobre medicamentos, *E* centra novamente o discurso na sua condição. Diz colocar a si própria a questão, “se não fossem os comprimidos à base de morfina como aguentava as dores?” Explica que, embora não sinta as dores, sabe que “elas continuam lá” e que tem uma sensação permanente de algum desconforto e mal-estar.

Comenta, depois, a sua doença, dizendo não saber exactamente o que tem. Sabe, no entanto, que “a doença é tramada e a idade não ajuda”. Pressentindo o fim das nossas sessões *E* fala sobre a saúde e os hospitais. Considera que é muito importante a assistência domiciliária, “faz falta que os médicos vão a casa das pessoas como antigamente”. Comenta, ainda, sobre a falta de profissionais na área da medicina que, como diz, tantas vezes é noticiada.

Chegamos ao fim da nossa sessão. Despeço-me agradecendo a colaboração de *E*, recordando-lhe e explicando-lhe um pouco melhor os objectivos da minha intervenção. *E* despede-se desejando-me boa sorte e comentando que “o doutor, que é novo, tem que seguir com a sua vida, e eu cá tenho de continuar com a minha...”

E, à data de conclusão deste trabalho, com 86 anos, ainda estava viva e a receber assistência da UAAD. Actualmente encontra-se um pouco demenciada, algo que não está relacionado com a doença, mas com a idade. Continua com dores algicas, e denota dificuldades na a toma da medicação, já que, fica esquecida.

Recebe apoio de uma outra instituição, que não a Santa Casa, que lhe fornece alimentação e assistência, o que permite que a filha continue a morar com ela.

Inventário Depressivo de Beck⁴⁰

O resultado obtido por *E* foi de 26, um resultado bastante elevado e que corresponde a uma depressão moderadamente intensa.

Tal como noutras situações, *E* revelou alguma impaciência e desinteresse na aplicação do inventário. Pediu para que as perguntas lhe fossem lidas e as respostas assinaladas. Comentários como “pode ser essa” ou “é uma qualquer” ilustram o

⁴⁰ Ver anexo B.

modo como *E* encarou este inventário que acabou por ser preenchido muito rapidamente.

E pontuou na grande maioria das perguntas, sendo as excepções as perguntas “H”, “L” e “S” relacionadas com a “auto-acusação”, o “relacionamento social” e a “perda de peso”.

Há que destacar as pontuações elevadas em questões da sub-escala cognitiva como a “B”, “D” e “I” ligadas ao “pessimismo”, “insatisfação” e “desejos suicidas”, e também, nas questões “O”, “Q” e “U” da sub-escala somática relacionadas com a “inibição no trabalho”, “fatigabilidade” e “perda da libido”. Esta última questão foi, sem dúvida, a que mais desconforto causou a *E* e aquela em que obteve a pontuação máxima.

Os resultados obtidos apresentam um nível de depressão, em certa medida, preocupante.

Teste Projectivo de Rorschach

Embora *E* tenha acedido à aplicação do teste revelou, ao longo de toda a prova, algum desconforto e alguma pressa em que esta acabasse. As suas respostas são apresentadas na tabela 1 e o respectivo psicograma na tabela 2. Os cartões são analisados individualmente e, no final, são tecidos alguns comentários sobre os resultados da aplicação deste teste.

Tabela 1: Protocolo de Rorschach de *E*

Pr.	Resposta	Inquérito	Modos Apreensão	Determi- nantes	Conteúdo
I	7'' 1 – É um morcego (...) dá-me a impressão (...) 2 – Mas também de um ninho (...) ao meio (...) 3 – E de duas aves (...) de lado (...) 0'42''	A mancha toda-G D mediano superior D lateral esq./dir.	G Dbl D	F+ F- F+	A/Ban Nat A
II	10'' 4 – Dois macacos (...) dá impressão (...) bicharada. 5 – Ou palhaços (...) um de cada lado. 0'34''	Aqui nesta zona. (aponta para toda a parte preta) (observação simétrica) Toda a mancha. (inclui os vermelhos) (observação simétrica)	D G	F- F+	A H/(Ban)
III	10'' Que raio de bichos! 6 – Borboleta (...) em baixo 7 – Lados mais custoso (...) Não sou capaz de lado (...) Duas pessoas, deve ser (...) atrás das borboletas (...)	D inferior mediano D preto lateral	D G	F- K	A H/Ban

Pr.	Resposta	Inquérito	Modos Apreensão	Determi- nantes	Conteúdo
IV	8 – Outra borboleta	D vermelho mediano	D	F+	A/Ban
	4''	1'09''			
	<i>Que é isto credo! Ai Jesus!</i>				
	9 – <i>Ai credo, que bicho é este? (...) Não sei!</i>	Apreensão na totalidade	G	ClobF	(A) ??
	10 – <i>Duas patas...</i>	D inferior Lateral	D	F+	Ad
	11 – <i>Macaco não é (...) bicharoco esquisito (...) Barata não é, é muito pequena (...) não sei... é um bicharoco</i>	Apreensão na totalidade	G	F+/-	A
V	12''	1'25''			
	12 – <i>Bichos (...)</i>	Apreensão na totalidade	G	F+/-	A
	13 – <i>Mosca, não,</i>	Apreensão na totalidade	G	F+	A/Ban
	14 – <i>Mosquito, não (...)</i>	Apreensão na totalidade	G	F+	A/Ban
	15 – <i>Mosca grande (...)</i>	Apreensão na totalidade	G	F+	A/Ban
	16 – <i>Não sei (...) dá-me a impressão de um borboleta</i>	Apreensão na totalidade	G	F+	A/Ban
VI	5''	0'47''			
	<i>Outro! Ai credo!!</i>				

Pr.	Resposta	Inquérito	Modos Apreensão	Determi- nantes	Conteúdo
VII	17 – V - Tenho impressão que é dois peixes (...) peixes	(aponta para os D lateral inferior)	D	F-	A
	18 – V - Um pau, aqui em baixo	(D mediano e D superior)???	D	F+	Obj
	20`	0`47``			
	19 – V - Ratos (...)	D superior lateral	D	F-	A
	20 – V - Aqui à frente, uma mosca (...)	D inferior mediano	D	F-	A
	21 – V - Ou então (...) macacos em baixo (...)	D superior lateral	D	F-	A
	22 – V - e uma borboleta, em cima, ao meio...	D inferior mediano	D	F+	A
	23 – U - Borboleta em baixo (...)	D inferior mediano (mesma resposta mas virou o cartão)	D	F+	A
	24 – U - Duas aves, aqui em cima.	D superior lateral	D	F-	A
	0`50``				
VIII	5`	0`20``			
	<i>Vira prancha para direita e volta ao normal</i>				
	25 – U - Moscas (...) ou borboletas (...) borboleta	(D laranja)	D	F-	A
	26 – U - Moscas aqui dos lados (...)	(D rosas laterais)	D	F-	A
27 – < - não deve ser (...) é grande para mosca (...)	(D rosas laterais)	D	F+/-	Ad	
<i>quatro patas (...) não sei...</i>					

Pr.	Resposta	Inquérito	Modos Apreensão	Determi- nantes	Conteúdo
IX	4' 28 – <i>V - Devem ser pombos (...) Dois pombos (...) São iguais (...) Pombos, ou patos (...)</i> 29 – <i>V - Em cima devem ser folhas...</i> 0`46``	(D alaranjado) (D verde)	D D	F- F-	A Bot
X	6`` Inverte, e volta ao normal 30 – <i>U - Que raio é isto (...) confesso que não sei (...)</i> <i>são caranguejos...</i> 31 – <i>Que bico tão comprido!</i> 32 – <i>Não descobro (...) é um bicharoco, mas não sou capaz de descobrir...</i> 0`41``	(D azul lateral) (D cinzento superior) Apreensão na totalidade	D D G	F+ F- F+/-	A/Ban Ad A

Tempo total – 8'02''

Prova de escolhas:

+ + Cartões VII e IX “ (...) tão giros (...)”

- - Cartões II e X “ (...) pouca piada (...)”

Tabela 2: Psicograma de E

				F+ = 10	
R = 32	G = 11	34,4% ↑	∑ F = 30	F- = 13	A = 23
Recusa = 0	D = 20	62,5% ↓		F± = 7	(A) = 1
T. Total = 8'02'' ↓	Dd = 0				Ad = 3
T./Resp. = 15'' ↓	Dbl = 1	3,1%	K = 1		
T.lat.méd. = 8''	Do = 0		ClobF = 1		H = 2
					Bot. = 1
					Nat. = 1
					Obj. = 1
F% = 93,8% ↑					
F+% = 45% ↓					
F%a = 96,9% ↑					
F+%a = 46,8% ↓					
A% = 84,4% ↑					
H% = 6,2% ↓				Ban = 5	

Sucessão	Elementos Qualitativos
T. Apreensão = G D Dbl	Choques = 5
T.R.I. = 1 K: 0 C – Coartativo	Eq. Choque =
F. Compl. = 0k:0E	Perserv. =
RC% = 25%	Com. Cor =
I.A = reduzido índice de angústia	Com. Sime. = 3
	Com. Subj. =
	Com. Obj. =
Prova Escolha +: VII, IX	
Prova Escolha -: II, X	

Análise Cartão a Cartão

I

Denota uma entrada normal no protocolo, com uma banalidade. De seguida foca-se num detalhe branco (“ninho”). Este ninho, com duas aves de lado, enuncia o problema do sujeito, ou seja, reflecte uma falha a um nível muito precoce e ausência de afecto. Esta prancha solicita o sujeito para a relação com o imago materno, da qual se pode ter imagens de segurança ou insegurança. O imago é uma representação inconsciente.

II

Esta prancha faz o apelo aos afectos primitivos devido à presença do vermelho, símbolo das pulsões sexuais ou agressivas e oferece a imagem do vazio (pré-genitalidade do nascimento). As respostas são banais.

III

Revela um choque manifesto. A angústia face ao conteúdo sugerido pelo cartão evidencia-se quando se entra num detalhe, dando uma má forma (F-). *E* tenta fixar-se no eixo central, embora revele dificuldade em encontrar uma forma concreta. Este movimento vai ao encontro da temática deste cartão (relação), embora coloque as pessoas em segundo plano. O “não sou capaz” é depreciativo quanto a si própria. As banalidades que surgem no final parecem surgir como uma defesa.

IV

Esta prancha remete para o poder, para a autoridade e para a força. *E* teve uma reacção negativa o que pode sugerir a forma como lida com a autoridade. Os sentimentos veiculados são de abominação.

Este cartão causa em *E* uma enorme angústia, já que não lhe consegue dar forma e, como defesa, foca-se nas patas. Faz uma negação ao dar uma forma que de seguida recusa, passando para um animal fóbico, causador de repulsa e medo (“barata”). De seguida mantém a negação.

V

A tonalidade emocional associada a este cartão é neutra e facilitadora de respostas, porque este cartão é muito aproximado da realidade objectiva. Remete para a integridade somática e psíquica relacionando-se com a representação de si, da unidade do ego.

E começa por dar uma resposta banal. Para ela o “pequeno” e o “grande” são iguais, não percebendo se é um “mosquito” ou um “bicho grande”. As primeiras respostas parecem ser sideradas, perdidas, embora depois consiga recuperar (algo constante em todo o protocolo).

VI

Este cartão tem uma temática bissexual, tendo uma dimensão materna, mas também uma dimensão fálica. Inicia com um choque manifesto, com um tema aquático (“peixes”), passando depois para um tema fálico (“pau”). Oscila entre estas duas posições sem encontrar um equilíbrio.

VII

Este cartão apresenta uma temática do feminino e/ou maternal e das primeiras relações objectais. A primeira resposta é “ratos”, os quais são animais fóbicos e de seguida dá outras respostas com conteúdos animais, mas apenas a resposta “borboleta” apresenta uma boa forma. O facto de se focalizar sempre em detalhes

“D” revela a angústia causada por este cartão, não o conseguindo encarar na globalidade.

VIII

Este é um cartão que remete para a socialização, relações com o meio (cor), troca e comunicação de emoções.

O primeiro contacto com os cartões de cor é angustiante, centrando-se nos detalhes. A dificuldade em lidar com os afectos é ainda mais acentuada pelas más formas das respostas.

IX

Mantém o mesmo tipo de abordagem, revelando enormes dificuldades em expressar correctamente as emoções e as problemáticas para as quais os cartões remetem (quando foge para a resposta “pombos”). Este é o cartão mais arcaico. O clima sentido neste cartão dá conta do tipo de vivências das relações como meio relacional.

X

Inicia com um Equivalente Choque, embora consiga, de seguida, centrar-se num detalhe banal. Depois vai directa à componente fálica deste cartão que vê como exagerada. Termina tentando dar uma resposta global, embora não consiga dar uma forma correcta e precisa.

Comentários ao teste

A atitude de *E* face à prova foi idêntica ao longo de toda a prova, com pouco envolvimento e com alguns sinais de choque. Ao nível do discurso apresentou frases pouco elaboradas, fê-lo de uma forma sintética, sem recurso a adjectivos, o que

remete para uma dificuldade em expressar os afectos, limitando-se a descrever de uma forma fria aquilo que ia vendo. Relativamente aos conteúdos, pode dizer-se que são extremamente repetitivos, circulares e pobres, o que nos dá conta de pouca originalidade e criatividade e revela uma tendência muito depressiva.

Analisando o psicograma verifica-se que *E* deu um número de respostas um pouco acima da média esperada, mas num tempo por resposta e total muito baixos. Isto reforça o pouco envolvimento por parte do sujeito ao longo de toda a prova.

O F+% encontra-se bastante acima do esperado o que denota grande vigilância e tentativa de controlo. Com efeito, há uma pobreza fantasmática e uma fragilidade na mentalização, colocando a tónica na rigidez dos mecanismos de defesa – utilização do real para evitar a expressão das pulsões. De facto, parece que *E* revela dificuldades na componente relacional e emocional, algo visível ao não dar respostas cor (“C”).

Revela, ainda, dificuldade em elaborar os conflitos, respondendo muitas vezes com respostas animais (“A”) associadas, na maioria das vezes, a más formas (“F-“). Estas respostas são uma tentativa de organização que, geralmente, terminam com a resposta “borboleta”. Na realidade, o elevado número de resposta animais que apresenta é, claramente, uma fuga e parece assinalar uma carapaça social erigida como uma defesa maior, utilizada para evitar o contacto autêntico e a relação verdadeira sendo, portanto, uma adaptação de defesa e de superfície.

O Tipo de Ressonância Íntima (TRI), o qual expressa a atitude e o investimento do sujeito em relação a si e em relação aos outros, bem como a relação que existe entre o mundo interno e externo, é coartativo, ou seja, *E* tende a apresentar uma abordagem superficial, sem recurso ao imaginário e ao afecto, existindo uma

incapacidade para expressar o mundo interno. O TRI e a Forma Complementar (FC) apresentam movimentos tendenciais.

Ao longo de toda a aplicação *E* demonstrou um grande desconforto. A sua postura, comunicação não verbal e as expressões de horror face a algumas das pranchas foram reveladoras da falta de vontade perante a prova. Logo o primeiro cartão parece enunciar a problemática identitária de *E*, e o ninho com as aves parece representar a sua história.

Ao longo de toda a prova *E* pareceu revelar alguma pressa em que esta acabasse. As suas respostas tenderam a ser curtas e raramente despendeu de mais de um minuto por cartão.

O desconforto de *E* foi também notório no modo como segurava as pranchas e como virou e revirou algumas delas. Acresce a isso o facto de, assim que lhe era entregue uma prancha, tentar ir buscar a seguinte, sem que esta lhe fosse dada.

As várias respostas animal associadas a más formas podem sugerir que se trata de uma projecção de uma imagem corporal que se encontra corrompida pela doença.

E tentou, de facto, defender-se ao longo de toda a prova, mas não restam dúvidas que este protocolo revela um mal-estar muito profundo.

Conclusão

Senhora idosa, de baixa estatura e sempre vestida de preto, *E* revelou ao longo de todo o acompanhamento, uma grande lucidez, tendo em conta a sua idade, bem como uma calma aparente, que camuflava as suas emoções.

O primeiro contacto estabelecido foi muito significativo já que *E* passou os primeiros instantes da nossa relação a chorar, algo que não voltou a fazer. Descrevendo-se a ela própria como uma pessoa pouco faladora, *E* teve, salvo raras exceções, um discurso circular e repetitivo, sempre sobre os mesmos temas e os mesmos sentimentos, de angústia, nostalgia e depressividade.

E adoptou uma atitude defensiva, através de frases curtas e sem conteúdo emocional. Escondeu-se sempre atrás de frases como: “É assim a vida”; “A vida é sempre a mesma.”

O seu discurso, com uma tonalidade maioritariamente negativa, é sintomático de uma depressividade que é confirmada pelos resultados do BDI que apontam para uma depressão moderadamente intensa.

A dificuldade em lidar com afectos e emoções, o seu fraco envolvimento e o seu discurso pouco elaborado, constatados ao longo das sessões, são também reforçados pelo seu protocolo de Rorschach. Ficou patente a incapacidade de *E* em expressar o seu mundo interno, numa prova que demonstrou uma pobreza fantasmática e uma rigidez dos mecanismos de defesa.

Este protocolo aponta, ainda, para uma falha precoce com ausência de afecto. Parece evidente uma tendência muito depressiva num protocolo que revela um profundo mal-estar.

Com efeito, foi notória a sua dificuldade dar forma às suas emoções, revelando uma grande angústia e apresentando respostas de choque, com animais, muitas vezes, fóbicos. Estas respostas, associadas na sua maioria a más formas, podem demonstrar a projecção corporal feita por *E*.

E fala da sua doença, sem nomeá-la, como sendo algo de “muito grave” que lhe corrói o corpo por dentro e que lentamente a vai destruindo.

As sessões em que *E* tentou evitar os assuntos mais dolorosos acabaram, por vezes, por ser bastante curtas não durando mais do que 15/20 minutos.

A vida, que *E* descreve como dura, é marcada por um impasse situacional feito de rotinas que a angustiam e impacientam. O seu dia-a-dia é passado à volta de uma relação complicada com uma filha com uma grave deficiência mental.

E trata a filha como se de uma criança se tratasse, usando um diminutivo (Letinha) para se dirigir a esta. A filha, por seu lado, também se vê a ela própria como uma criança, tratando *E* por mamã. As limitações desta filha podem ser exemplificadas por episódios, tais como, aparecer na sala com a roupa vestida do avesso ou pedir à mãe que lhe ate os sapatos.

Esta filha passou as sessões a fantasiar que lia histórias de banda desenhada, passatempo com que se entretinha ao longo do dia. Apesar da sua aparente distração foi notório que tinha noção daquilo que era conversado, compreendendo o que era dito e fazendo, muitas das vezes, variados comentários. *E* optava, assim, por falar baixinho mostrando-se um pouco inibida para conversar sobre certos assuntos na presença da filha.

A filha revelou ser uma fonte de grande preocupação para *E*. Por um lado, surgiam os receios em relação ao futuro da filha após a sua morte, por outro, a irritabilidade causada pela cansativa rotina dos seus comportamentos.

A agressividade e revolta latentes em *E* acabaram, muitas vezes, por ser reveladas na relação com a sua filha. O modo como a mandava calar e como, muitas vezes, se irritava com as suas intervenções, foram demonstrativas de como a sua filha funcionava, também, como escape para as suas emoções.

A dificuldade em expressar-se e dar forma às suas emoções foi evidente ao longo de todo o acompanhamento. O humor foi um dos mecanismos utilizados para se defender do emergir de emoções, muitas vezes de tristeza.

Para além de um passado longínquo, difícil de explorar, a maior fonte de afectos reprimidos era, sem dúvida, a morte, ainda recente, do seu marido. Este processo de luto é algo compreensivelmente difícil e essa adaptação dolorosa deriva, também, de algumas dependências que *E* tinha face ao seu marido.

Fica por esclarecer a questão do pedido. Até que ponto será que *E* desejava este acompanhamento e apoio psicológico. Nunca o expressou directamente, isolando-se na sua atitude de resignação e conformismo face à vida e evitando o emergir de sentimentos que, notoriamente, povoavam o seu ser.

Caso Clínico 3

Nome: *H*

Sexo: Feminino.

Data de Nascimento: 14/04/1926.

Data de Inscrição no IPOFG: 15/06/1999.

Data de Inscrição na UAAD: 05/04/2005.

Acompanhamento Psicológico: 19/04/2005 a 07/06/2005.

Faleceu: 12/11/2005, com 79 anos, por melanoma maligno do pé direito metastizado.

Dados Obtidos pela UAAD

Historial Clínico

Não existia informação disponível.

História da Doença Actual

H refere a presença de uma lesão pigmentada com +/- 5 cm desde há mais de 30 anos (Existem dados dela no IPOFG desde 63/64, ou seja há 40 anos).

Em Dezembro de 1997, com 71 anos, é operada à lesão no HSM.

Só em Janeiro de 1998 é enviada ao IPOFG após agravamento da lesão do pé, cujo exame histológico mostra ser um melanoma maligno.

Em Março de 1999 é feita uma excisão de nódulo da perna direita, voltando a ser operada ao membro inferior direito em Maio do mesmo ano.

Em Junho volta a fazer uma excisão de nódulos da perna e é enviada à cardiologia por queixas de palpitações e “nervos”.

Um TAC realizado em Outubro de 2000 mostra dois nódulos profundos.

Em Novembro e Dezembro do mesmo ano realiza, respectivamente, citologia aspirativa dos tecidos moles e uma ecografia à região glútea que revelam metástases de melanoma.

Volta a ser operada em Abril de 2001 para excisão de metástases do flanco direito.

Uma citologia aspirativa da mama em Junho de 2002 tem como diagnóstico a presença de novas metástases de melanoma.

É submetida a um tratamento operatório em Setembro de 2002 à metástase presente no prolongamento axilar esquerdo. Esta intervenção revela a presença de pequenos gânglios que ficam a aguardar um estudo histológico sendo o prognóstico reservado.

Em Novembro de 2002 é detectada uma hérnia inguinal esquerda e em Março de 2003 uma lesão do arco duodenal.

No mês seguinte é realizada uma embolização da lesão duodenal no Hospital St. Louis com redução de 80% da lesão. Um exame realizado em Dezembro de 2004 dá a impressão endoscópica de provável insuficiência terapêutica dada a dimensão da lesão.

Em Abril de 2004 **H** nota o aparecimento de nova lesão em nova região com 1 cm, com coloração irregular. Não fez qualquer tratamento. Passados dois meses refere aparecimento de novo nódulo.

Em Janeiro e Fevereiro de 2005 é levada às urgências com anemias graves, sendo submetida a hemoterapia que volta a realizar em Maio do mesmo ano.

Em Fevereiro de 2005 é realizada uma nova embolização gastroduodenal e em Abril **H** é admitida na UAAD.

Dados

- *H* mulher, tem 79 anos, natural e residente em Lisboa, funcionária pública, reformada, viúva, caucasiana.
- Aposentada da função pública, beneficiando da ADSE.
- Enquadramento familiar e sócio-económico: Vive sozinha.
- Condições habitacionais: Habitação em andar e com boas condições.
- Apoios familiares: Neto que dorme na sua casa e Nora.

Estado Actual⁴¹

Alterações de longa duração ou de carácter permanente:

Visão – dificuldade em ler e a ver televisão.

Identificação das necessidades/hábitos de vida:

Respirar – Sem alterações;

Beber e comer – Tem conhecimento da dieta adequada;

Eliminar – Sem alterações;

Movimentar-se e manter postura correcta – Postura corporal mantida. Com alguma dificuldade em mobilizar-se sozinha, mas fá-lo com apoio;

Dormir e repousar – Sem alterações. Faz terapêutica;

Vestir-se e despir-se – Aspecto cuidado, com vestuário adequado à sua idade e ao seu estado;

Manter a temperatura corporal – Sem alterações;

Estar limpo – Bons hábitos de higiene;

⁴¹ Neste caso, como é possível verificar, os dados do processo referentes ao estado actual estavam apresentados de um modo diferente.

Evitar os perigos para o próprio e para outrem – sem alergias medicamentosas ou alimentares conhecidas;

Comunicar – Doente sem alterações desta actividade;

Ocupar-se – Gosta muito de estudar geografia, mas não o consegue fazer devido à sua visão;

Informação retida face à doença – Doente plenamente consciente de todo o seu estado e percurso clínico.

Folha Diária de Registos de Enfermagem⁴²

- 05/04/05 – **H** é uma doente de 79 anos, com doença há oito anos. Consciente e orientada da sua situação. Doente independente nas suas actividades de vida. Sem queixas. Tem zonas trocantéricas (zona do osso do fémur) maceradas, mas em cicatrização.
- 12/04/05 – Estava em casa quando chegámos na companhia da empregada. Doente pálida e emagrecida. Consciente e orientada. Tem dificuldade em se mobilizar, mas é quase independente nas suas actividades de vida diária. Sente-se muito sozinha e diz ser essa a sua principal queixa e a causa de se sentir deprimida e sem interesse pela vida. Foi observada pelo Dr. que passou receita de medicamentos em falta.
- 15/04/05 – **H** estava calma, comunicativa. Está mais reactiva e refere alimentar-se melhor. Refere estar angustiada por estar um pouco sozinha, já que, embora tenha visitas e o neto a viver em casa, estava habituada a ter muita gente em casa. Não refere queixas álgicas.

⁴² Neste caso são transcritos todos os registos de enfermagem existentes apenas até ao início do acompanhamento psicológico.

- 19/04/05 – *H* estava bem disposta, acompanhada da empregada. Sem alterações do seu estado geral. Feitos ensinios para se alimentar à ceia, uma vez que após o jantar (20h), só voltava a comer pelas 9h da manhã. Nenhuma queixa álgica. Fica com a visita de um psicólogo.

Terapêutica Médica

Omeprazol 20 (1 manhã); *Lorenin* 1 (1 de manhã); *Nolotil* (SOS); *Viterra* (1 almoço); *Centrum*; *Lexotan* 3 ($\frac{1}{2} + \frac{1}{2}$); *Magnesium* (1 dia).

Acompanhamento Psicológico

Entrevista Clínica

Tal como nos outros casos, numa reunião anterior à primeira visita é-me descrita a situação da doente. *H* é uma doente com melanoma do pé esquerdo há oito anos e com metástases na perna, mama e duodeno. Tem sido tratada no IPOFG, com quimioterapia, tendo sido já sujeita a intervenções cirúrgicas.

1ª Sessão (19/04/2005)

A primeira sessão é feita durante a visita com a equipa, na qual sou apresentado. *H* tem 79 anos e apresenta-se de roupão e com um ar cansado. Fala pausadamente, mas com grande lucidez.

Em conversa com as enfermeiras, *H* diz que não se sente tão magra como anteriormente, apesar do peso se manter igual. Refere que passou muito tempo na cama e agora está a recuperar, mas sempre que anda sente-se um pouco tonta.

Refere que tem comido e já não sente falta de apetite. Partilha que anda com problemas graves de família que lhe causam algum transtorno.

O médico relembra a medicação e pergunta se não sente efeitos secundários do *Lexotan*, mais precisamente um certo amolecimento. Ela responde que não. É-lhe prescrito *Magnésio*, para além dos medicamentos que ela já tomava.

A enfermeira mede-lhe a tensão arterial que se encontra baixa e, através do diálogo, percebem que ela come várias vezes ao dia, mas só até às 19h30m, o que faz com que passe muitas horas sem se alimentar, o que pode causar a baixa de tensão e as tonturas.

A equipa multidisciplinar termina a visita domiciliária a **H**, o que permite que fiquemos a sós. Nesta altura, **H** explica-me que vive com o neto e que tem uma empregada às terças-feiras e, por vezes, às sextas-feiras.

Explico-lhe um pouco melhor o meu papel em relação ao acompanhamento psicológico, algo que ela acedeu com muito agrado, e combinamos que farei visitas duas vezes por semana, ao longo de seis semanas.

Começo por tentar explorar quais os problemas familiares que a preocupam. Explica-me que tem um filho desempregado na casa dos 50, que é uma pessoa muito revoltada. Refere que é filho único, tendo nascido com “morte aparente” e que ela sempre notou qualquer coisa nele de não muito normal, acha que ele é “um pouco desequilibrado e muito acriançado”, algo que considera como “uma dor de cabeça que lhe causa alguma angústia”. O filho vive perto das Caldas da Rainha, mas a actual mulher é professora e está colocada em Évora. Como tal, o filho só vê a mulher ao fim-de-semana e, no resto da semana, vive sozinho numa casa grande. **H** diz que se souber que ele está bem, provavelmente nem se lembra da doença, caso contrário, fica descontrolada.

Em relação ao neto, diz que este é “muito certinho”. Tem 27 anos, está a terminar um curso de *Design*, mas estuda e trabalha e, por isso, quase nunca está em casa.

Descreve-se a ela própria como “uma pessoa muito imaginativa”. Gostava de ler e de estudar, mas perdeu o interesse por tudo, “até por viver!” Desde Setembro que começou a andar agoniada, deixou de comer e passava a vida na cama. Perdeu um pouco da visão, o que a afecta porque gosta muito de ler sobre geografia e história. Para além disso, perdeu a vontade de tudo e a situação do filho também lhe

provoca muita ansiedade, tendo muito medo que ele se torne num “sem abrigo”. Refere que a solidão é uma coisa que a apavora.

Explica que, para além deste neto, tem um outro mais velho, que é casado, e dois mais novos de uma segunda mulher do filho. A actual mulher é já a terceira, apesar de não estarem, de facto, casados. Acrescenta, ainda, que se dá bem com todas as noras. Diz que sente muito a falta da família, e que é uma das coisas que mais a afecta.

Fala, depois, da sua vida profissional, onde foi empregada dos serviços florestais, trabalhando no arquivo. Conta que no 25 de Abril de 1974, com todas as revoluções e manifestações, “houve muitas coisas que me incomodaram e tive muitos problemas, passava a vida a chorar por todo o lado e não gostava do ambiente de trabalho”. Diz que foi preciso mudar de ambiente para se “curar”. Foi transferida para Sintra, supostamente para descansar, mas encontrou outra motivação e acabou por trabalhar lá. Com tudo isto, chegou à conclusão que “não são os medicamentos que nos tiram a angústia e que são necessárias mudanças por vezes até de ambiente para ultrapassar estas fases.”

Trabalhou 33 anos, após os quais se reformou e começou a tomar conta dos netos, tendo já um bisneto. Diz-se muito agarrada à família e que sente muito a sua falta. Refere que, recentemente, passou 10 dias com a família, nos quais se sentiu muito apoiada, já que, segundo ela, “a obrigaram a reagir.”

H considera a parte da tarde, o período mais complicado e difícil do dia. Dorme bem, deita-se cedo e acorda cedo. Diz que sonha muito e que adora esse mundo dos sonhos e do imaginário. Faz a dormir tudo aquilo que não consegue e

gostava de fazer acordada. Arruma, limpa, passeia pela casa e por quintais, sem precisar da bengala. Sonha a cores mas também a preto e branco. Sonha com coisas lindas e raramente tem pesadelos.

H partilha que em 1966 veio viver para a casa onde reside actualmente. O marido morreu no ano seguinte, com 44 anos, vítima de uma doença que nunca se identificou. Refere que foi casada durante 18 anos, tendo já 38 anos de viúva. Antes de mudar para esta casa morava em Moscavide. O marido também era funcionário público, mas no Ministério do Exército. “Faleceu no dia em que o filho fez 17 anos!”

Em relação a este período *H* explica que “foi muito duro e tive que trabalhar a dobrar”. Diz que, desde aí, o filho tornou-se muito instável, ficando pouco tempo em cada emprego e saltando de mulher em mulher. Explica que os netos mais novos são um casal e que ela, que é a mais nova, “tem menos 20 anos que o neto mais velho!” Neste momento o filho vive com uma mulher, mas para ela, ele continua a ser uma fonte de constante preocupação.

Explica-me que as visitas ao domicílio se iniciaram há cerca de três semanas, tendo sido a sua médica e a sua nora que trataram de tudo. Há oito anos que frequenta o IPOFG e, desde então, sempre que julga que está bem surgem novos problemas. Esteve seis vezes internada, mas foi desde Setembro que perdeu “a vontade e a alegria de viver!”

Diz que precisa muito de desabafar, mas com alguém que a perceba e não com alguém que lhe fale de desgraças ou que lhe diga que há pior do que ela.

Antes de terminarmos, *H* refere, ainda, que tem duas irmãs na casa dos 70 anos que a vêm visitar de vez em quando.

De seguida terminámos a sessão, combinando a próxima.

Discussão da Sessão

A primeira impressão que tenho de **H** é de uma pessoa muito lúcida com uma grande alegria em me receber, valorizando muito o apoio que irá receber.

Nesta primeira sessão destaca-se a preocupação que **H** tem com o filho, mas principalmente a angústia que sente e a perda da vontade de viver. É de notar o aparente historial de depressão que se parece repetir nesta fase complicada da sua vida.

Há ainda que realçar a importância que **H** dá ao mundo do imaginário.

2ª Sessão (21/04/2005)

H começa por referir que continua com muitas tonturas e angustiada. Interiormente sente-se, ainda, muito activa, mas, como ela própria diz, encontra-se limitada fisicamente, o que lhe causa uma grande angústia.

Explica que sempre viveu, e tem que viver, apaixonada. No entanto, agora acorda e pensa “o que é que vou fazer?”. Refere que ainda não arranjou forças para se vestir nem para ir à rua. A visão é algo que a limita muito, mas também ainda não arranjou coragem para ir ao oftalmologista. Sente que tudo o que faz é um esforço. Ontem, pela primeira vez em seis meses, conseguiu pôr um CD e ouvir um pouco de música, algo que sempre gostou muito. Volta a frisar que a parte do dia que mais lhe custa é a tarde, até às 18h. Passa todo esse tempo com preocupações, sendo a principal o seu filho. Por vezes tenta ler, mas é-lhe muito difícil, já que é um grande esforço ler, nem que seja uma página.

Diz que sempre esteve habituada a viver acompanhada nesta casa. Os sogros viveram com ela e, um deles, inclusivamente, morreu em casa. Embora já viva sozinha há seis anos, nunca foi nada que a preocupasse, uma vez que se mantinha

ocupada, não sentindo a solidão. Agora, desde o agravamento da doença, em Setembro, diz sentir-se muito só.

Refere que se sente, ainda, “muito viva”, não se sentindo com 79 anos.

Comenta que o filho a convidou para passar o fim-de-semana com ela. No entanto, não se considera suficientemente bem para ir. Para além disso, diz que tem medo de que se sintam bem em família e que depois possa piorar pelo facto de voltar à sua solidão.

Quando lhe peço para me falar um pouco sobre a sua infância, *H* refere que nasceu em Lisboa e que tem duas irmãs, mais novas, respectivamente 15 meses e 5 anos. Diz que ambas têm também uma família com a qual se têm que preocupar.

Sobre o seu pai relata que este sempre foi uma pessoa muito doente. Formou-se em Direito e “nunca parava quieto num sítio”. Estavam sempre a mudar de casa. Em cinco anos teve cinco casas diferentes. Quando a tuberculose do pai agravou, e este teve que ir para um sanatório, a família foi toda com ele.

H refere que se casou com 22 anos e que o pai não pode assistir ao seu casamento, tendo falecido quinze dias após o mesmo. Depois de casar foi viver para o quartel onde o sogro era sargento. Quando este se reformou, teve que abandonar o quartel e encontrar uma casa para viver, o que a obrigou a arranjar um trabalho para contribuir financeiramente para as despesas, que se viram bastante inflacionadas.

Depois do falecimento do seu pai, a sua mãe ficou a viver com a irmã mais nova até ao dia da sua morte, aos 70 anos. Descreve a mãe como uma típica dona de casa e uma pessoa aparentemente calma. Refere que o pai era mais nervoso, mais dinâmico e activo. Diz que sai mais ao pai, que era uma pessoa muito imaginativa e criativa, para além de muito inteligente. Diz que a sua principal preocupação era como iria ficar a família depois da sua morte. Refere que esta é, também, a sua

preocupação. Diz que, embora o seu pai não tenha ido ao casamento, ainda conheceu o seu marido, referindo ainda que o seu marido gostava muito da sua mãe.

Explica que na altura que saiu do quartel, o marido não queria que ela se empregasse. Tinha medo que a assediassem ou a tratassem mal, uma vez que tinha o exemplo de algumas colegas com as quais trabalhava. Foi, segundo diz, “uma altura muito complicada, em que emagreci oito quilos”. No entanto, como passavam muitas dificuldades económicas e pensando no bem do filho, o marido acabou por deixá-la trabalhar. Refere que foi algo “muito importante”, já que pouco tempo depois ele faleceu (ele tinha 41 anos e ela 27). Isto obrigou-a a trabalhar muito, já que não teve a pensão que só surge após o 25 de Abril, referente à morte de um cônjuge.

De seguida peço-lhe que me explique um pouco a história da doença actual. Refere que o mal começou numa perna, há oito anos atrás. Era uma verruga que um dia começou a sangrar. Acabou por extraí-la, embora não tenha sido analisada. Mais tarde começaram a aparecer mais, o que a obrigou a novas pequenas cirurgias. Diz que o “mal” passou, posteriormente, para a barriga e, depois, para a mama. No entanto refere “Graça a Deus, afinal na mama não era”. Explica que foi sempre tratada, mas nunca a 100%. Teve várias anemias que a obrigaram a fazer transfusões de sangue e, em Fevereiro passado, voltou a ser tratada, desta vez ao duodeno. As complicações começaram em Setembro do ano anterior, altura em que emagreceu muito, passando de 70 para 49 quilos, tendo estado acamada desde essa altura até Fevereiro.

H considera que neste momento está “a recuperar”. Anteriormente tinha vómitos ao comer, o que já não acontece, e as fezes já são “normais”. No entanto, salvaguarda que só no próximo mês é que irá fazer análises para saber se estará tudo bem.

De seguida, afirma que se arranjasse “qualquer coisa para fazer” tinha a certeza que “melhorava logo”. De há uma semana para cá, já liga o televisor, já escreve e já ouve rádio. Diz que se sente a recuperar e que desde há dois dias começou a ir ao quintal que tem nas traseiras da casa.

Refere que tudo o que se passa de dia, à noite leva para o mundo dos sonhos. Conta que vive nos sonhos tudo aquilo que não faz e gostaria de fazer. Tentei perceber um pouco melhor quais eram estes sonhos. Explica que nos sonhos consegue ir “para todo o lado” e que não precisa de bengala.

H sente que ainda tem muita energia dentro dela, não sentindo que tem a idade que na realidade tem. Refere que vai começar a treinar o caminhar no quintal, para depois poder ir à rua. Acrescenta que “hoje, pela primeira vez, voltei a ver um filme”. Refere que tem tentado fazer as palavras cruzadas, algo que gostava muito, mas que agora também lhe é difícil. Diz, ainda, que é a segunda vez que consegue tomar banho sozinha e que já não tem vontade de estar sempre na cama como anteriormente.

No entanto, **H** constata que não vê saída, nem luz ao fundo do túnel. Explica que tem glaucomas e tensão alta nos olhos e que estes foram muito afectados na altura em que teve as anemias. Diz que se sente sozinha e sem ocupação, estabelecendo um paralelismo com o seu filho que está desempregado e desocupado. Comenta que este é bom rapaz, mas acha que deverá ter um “desequilíbrio” desde muito pequeno, acrescentando que ele é muito casmurro, “não sai a ninguém”, o que lhe causa grandes preocupações.

H termina a sessão expondo que a sua grande preocupação é levantar-se e pensar “o que vou fazer?”

Discussão da Sessão

Esta sessão é marcada pelas referências à solidão e sentimentos depressivos que surgiram nesta fase da doença, justificadas, em parte, por **H** pelas limitações físicas inerentes.

H revela ter um bom conhecimento da sua realidade e da evolução da doença mas, embora esteja a passar por uma aparente fase de recuperação física, a questão emocional e a angústia sentida parecem claramente destacar-se nas suas preocupações.

Em relação aos dados da sua anamnese há que destacar o modo como se identifica com o pai que expõe como uma pessoa muito doente, mas também como uma pessoa activa, dinâmica, criativa, imaginativa e inteligente.

3ª Sessão (28/04/2005)

H começa por contar que no dia anterior teve a visita da irmã. Sente-se mais ou menos na mesma. Tentou comer outro tipo de comida, para fugir um pouco à dieta, mas sentiu-se mal com agonias. Acrescenta que se sentiu mesmo muito mal disposta e com vontade de vomitar. Refere ainda que nesta fase voltou à dieta e regime de medicamentos que tinha em Setembro passado.

De seguida fala do filho que arranjou um novo emprego em Grândola e, como tal, terá de ficar lá a viver até Julho. Acrescenta que ele é vendedor de telefones e que ganha conforme o que vende. Explica que com esta mudança torna-se ainda mais difícil vê-lo já que será mais difícil ele vir visitá-la aos fins-de-semana.

Voltando a falar sobre si, diz que os seus dias são dominados pela solidão e pela angústia.

Observa que uma vez que não sai à rua não se costuma vestir, mas hoje, como sabia da minha visita, resolveu obrigar-se a ela própria e vestiu-se.

Passo a passo vai tentando voltar a fazer certas coisas e assim, voltou também a ouvir música ou vídeos musicais.

A sua grande preocupação continua a ser acordar de manhã e sentir-se angustiada pensando “O que é que vou fazer?”

Continua a sentir uma “desocupação”, principalmente, entre as 14h e as 18h e pensa que tem de arranjar coisas para fazer. Um dos seus objectivos é tentar sair à rua.

Volta a expor que gosta muito de geografia e história e que à noite um dos seus passatempos preferidos é assistir a concursos como o “Quem quer ser milionário”.

Nesse dia **H** diz que vai entreter-se a ouvir o relato do Sporting, clube do qual é adepta.

Volta depois a exprimir a suas emoções afirmando sentir-se “a ficar cada vez mais só!” A sua irmã do meio vem visitá-la às 2^a, 4^a e 6^a, mas vê mal, ouve com um aparelho e tem muitos problemas de ossos. A irmã mais nova, por outro lado, vive mais longe e vem aos sábados, mas só quando pode.

Fala ainda da sogra que viveu em sua casa durante 42 anos, e do cunhado que abandonou a primeira. Explica que este começou a afastar-se da respectiva mãe e família e desapareceu. “Nunca mais o vi”.

A constatação desta realidade e todos estes pensamentos e memórias levam-na pelas suas palavras “a esta sensação de solidão”.

Volta depois a referir que tem de arranjar maneira de adaptar-se à situação e ocupar-se à tarde. Para ela, uma das soluções passaria por ir ao oftalmologista ver se conseguia “melhorar a vista”. Não tem ninguém que a leve. As consultas são às 17h e o neto está a trabalhar a essa hora. São à hora que ela considera a mais complicada, entre as 17h e as 18h, o final da tarde. Finaliza a sessão expondo que, como tal, gostaria que fosse essa a hora a que eu a visitasse e, se possível, nos dias intercalados com as visitas da irmã.

Discussão da Sessão

A constatação, no início desta sessão, de que o filho está bem, já que conseguiu arranjar trabalho, permite que, a partir daí, *H* centre mais o discurso nela própria e nos seus sentimentos.

A solidão e o vazio que sente são reforçados, numa sessão em que me foi possível sentir a angústia presente e o modo como *H* parece depositar, parte da solução para essa angústia, nas minhas visitas. Isso fica patente não só no facto de se ter vestido de propósito para a minha visita, como pelo facto de querer que estas se passem a realizar na hora do dia que sente ser a mais complicada.

A questão dos ritmos é claramente valorizada por *H*, denotando o impasse de uma rotina que a angustia, mas sendo de assinalar a vontade e o esforço em dar pequenos passos e proceder a pequenas mudanças que a levem a sentir-se melhor.

4ª Sessão (03/05/2005)

Neste dia, *H* sente-se mais contente, já que no dia anterior conseguiu ir à rua com a sua irmã pela primeira vez. Deu um pequeno passeio e “correu tudo bem”.

Acrescenta em tom de piada que o único problema foi ter bebido um café que a fez ficar acordada até às três da manhã.

Está mentalizada de que se tratou de uma crise que agora está a tentar ultrapassar. Diz, contudo, que foi a crise mais difícil até ao momento já que mexeu muito com tudo Diz que já pesa mais um quilo e que já não “detesta a comida” tendo vindo a comer melhor. Refere ainda que o pior era o facto de não comer, o que por agora está ultrapassado.

Depois dos cinco meses que passou na cama diz que esta a horroriza durante o dia, assim, e que se tem obrigado a vestir-se. Com dificuldade já consegue fazer alguns dos passatempos que tanto gosta (palavras cruzadas, *sudoku*). Diz que o dia anterior foi muito agitado e que lhe custou muito a adormecer, já que a cabeça não desligava com memórias da vida, coisas boas e coisas más.

Aproveitando o gosto por jogos e passatempos proponho-lhe a aplicação do teste projectivo de Rorschach. Ela mostra-se muito interessada e realiza toda a prova como se de um jogo se tratasse.

Após a conclusão da prova **H** volta a falar dos sonhos, dizendo que ultimamente já não tem sonhado com tudo o que gostava de fazer. **H** considera-se uma sonhadora. Comenta de seguida a mecânica projectiva do teste, dizendo que sempre viu coisas nas nuvens, animais, pessoas, objectos. Mas não só nas nuvens! Via pessoas e animais em folhas de árvores e até nos cortinados. Conseguia ainda vislumbrar figuras nos reflexos dos quadros com a incidência da luz e olhando para peças decorativas presentes na sua casa, afirma que o seu conjunto, por vezes, se afigura a uma outra peça distinta.

Aponta, de seguida, para o quadro grande que tem na sala com uma paisagem de um campo com cores pastel e diz que lhe chama a “desolação”. Refere que comprou o quadro pelo tamanho mas que este é muito triste, desde as árvores despidas de folhas, às pessoas, é tudo triste.

H comenta que gostava de ter um quadro que representasse a sua vida. Esse quadro seria o de uma caravela com o mar um pouco revolto.

Explica que a sua vida foi feita de viagens. Viveu em 22 casas em 40 anos, passando por Olivais, Coimbra, Lisboa e Sintra entre outras localidades. Depois foi para esta casa onde já vive há 38 anos.

Fala com saudosismo dos tempos de Coimbra. Embora tivesse saído de lá com cinco anos, lembra-se que gostou muito desses tempos. Conta que o seu pai, contra a vontade do avô que afirmava que este não tinha saúde, foi para a universidade, conseguiu fundar uma residência de estudantes (com 33 pessoas) e concluir o curso já depois das filhas terem nascido. Diz com orgulho que tem uma foto dessa data (foto com 74 anos), quando o pai se formou em Coimbra. Tal foi possível já que, como este era doente, a avó do pai dava-lhe tudo e arranjou-lhe inclusive um estúdio de fotografia.

Observa que já viveu mais que os pais e os avós. Considera que hoje em dia prolonga-se a vida mas que, “por outro lado, sofre-se muito”. Afirma que há uns anos atrás estaria condenada e há muito que já teria falecido. “Viver sim, mas com saúde”.

Acredita que se ainda cá está é porque Deus ainda quer algo dela. Pensa que ainda tem qualquer coisa para fazer mas ainda não descobriu o quê!

Quer pôr em prática o que sonhou. Diz que “o pior foi a vista” mas que agora pensa em recuperar e esquecer a crise.

Um dos seus grandes objectivos é, agora, conseguir ir à queima das fitas do seu neto. Acrescenta que já escreveu uma fita. Considera contudo, que escreveu

pouco. Comenta de seguida “a imaginação também se foi...” Afirma que antes sempre que metia uma ideia na cabeça, levava-a até ao fim, fazia, descobria, “mas agora...”

Discussão da Sessão

É notória a vontade de *H* reagir e o esforço que faz para devolver alegria à sua vida tentando estabelecer novos objectivos.

Há que assinalar que foi muito receptiva à aplicação do Rorschach, prolongando esta sessão durante mais tempo do que o normal ao continuar a explorar o imaginário e as memórias após a conclusão da aplicação. *H* termina contudo com comentários acerca da diminuição das suas capacidades.

5ª Sessão (05/05/2005)

H diz sentir-se melhor fisicamente, forçando-se a vestir todos os dias e a dar pequenos passeios. Segundo ela, anda a treinar e a ganhar forças para ir à bênção das fitas do neto. Diz que caso seja necessário a nora, que descreve como uma pessoa fantástica que nunca lhe faltou com nada, e que é enfermeira, já se disponibilizou para lhe arranjar uma cadeira de rodas.

H considera que aparentemente não tem nada que a possa preocupar mas que continua a sentir uma angústia que não tem maneira de passar. Pensa que essa angústia que sente está muito relacionada com a solidão, já que sempre esteve habituada a ter a casa cheia de gente. Mas acha que é mais do que isso, qualquer

coisa a preocupa e uma ligeira dor na perna que foi operada é o suficiente para a fazer pensar logo numa recaída.

Faz uma comparação entre a solidão e a claustrofobia de que diz sofrer um pouco. Gosta de ter sempre janelas e portas abertas, inclusive quando dorme, e não gosta de sítios apertados e fechados. Pergunto-lhe se alguma vez chegou a ter algum ataque de pânico ou ansiedade ou algum momento de descontrolo em alguma situação. Responde que não, que se lembra das trovoadas quando era pequena e de uma situação com o “metro a apinhar” mas que mesmo nestas situações conseguiu sempre manter a calma.

Afirma que a angústia desses momentos não é tão profunda como a que sente agora, já que esta vem de dentro, do fundo de si, e volta a referir que a hora do anoitecer é sempre a mais complicada, melhorando depois com a chegada da noite. A noite parece que até a acalma.

Neste dia a sessão é bastante curta e termina de modo algo abrupto já que é interrompida pelo carteiro e de seguida **H** menciona que quer ir até ao café.

Discussão da Sessão

Embora fisicamente continue a recuperar **H** continua a revelar uma angústia muito profunda, algo de muito marcante. É interessante verificar que o pico desse sentimento se dá ao anoitecer e que acalma com a chegada da noite. Estes factos parecem estar indissociavelmente ligados ao medo da doença e da morte.

São emoções que claramente precisam de ser conversadas e trabalhadas mas nesta situação **H** acaba por fugir do assunto terminando rápida e abruptamente esta sessão.

6ª Sessão (10/05/2005)

H considera que fisicamente está melhor, tendo recuperado mais um quilo. No entanto a perna tem dado mais problemas e iniciou medicação para a circulação. Está alarmada com a perna e diz que o médico lhe explicou que tem os músculos atrofiados.

Continua com “muito nervos e angústias” e pela primeira vez refere que toma remédios para a ansiedade, sendo que o médico substituiu o *lexotan* por *mexazolan*. Alguma da ansiedade é desencadeada pela visita que irá ter do médico, tendo medo do que ele lhe irá dizer acerca da perna. Embora ele diga que o caso dela não é o pior, anda preocupada.

H pensa que alguma dessa ansiedade vem também de uma família que só lhe dá problemas e em especial do filho. Embora considere que são problemas do filho e não dela e que, como tal, não devia falar deles, a irresponsabilidade dele e o modo como não resolve e não reage “a certas coisas” afligem-na. Estes comentários parecem estar associados ao facto de *H* estar magoada pelo seu filho não a ter vindo visitar durante o fim-de-semana.

Acrescenta, ainda, que o filho é muito teimoso e que não a ouve. “Somos muito diferentes”. Ela considera-se muito organizada e tem relógio para tudo, ele por seu lado, não tem horas para nada e adia tudo “não tratando das coisas”. Sente que não deve criticar mas que não é capaz de ser como ele.

Explica que o filho está sempre na cabeça dela e é quem lhe dá mais preocupações.

De seguida comenta que considera a vida muito difícil e acrescenta que, tanto ela como a irmã têm tido muitos problemas, uns atrás dos outros. Esta, que continua a visitá-la duas vezes por semana é, segundo *H*, a única pessoa que a compreende e com quem consegue desabafar.

A parte da tarde continua a “custar-lhe muito a passar” e embora nunca tenha tido o hábito de tomar medicamentos, acha que necessita de tomar os ansiolíticos porque tem momentos de ansiedade e angústia enormes. Refere que voltou a tomar café e a não conseguir dormir.

H relata que costuma ter a tensão baixa e que, por vezes, tem tonturas. Já recuperou três quilos mas só come sopas, tendo no dia anterior comido, pela primeira vez, um pastel de nata.

Volta depois a falar da angústia que sente, reflectindo sobre a maneira como se deixa influenciar pelo estado do tempo. Embora seja necessário, por ela nunca chovia.

“A ver se descubro qualquer coisa para me tirar este vazio e desta solidão”. Afirma que realmente tem de arranjar coisas para fazer mas que, por outro lado, não pode fazer coisas sem interesse. Como exemplo, diz que passou imenso tempo a pesquisar e a fazer uma listagem de todos os papas mas que quando acabou de escrever pensou “Para quê? A quem é que isto interessa?” Acrescenta que acaba por nem desfrutar totalmente do processo, da “viagem” que é fazer essas coisas porque a “vista a chateia e incomoda”.

H conta que gostava muito de visitar museus e, sendo muito curiosa e estudiosa, ensinava sempre muito a quem quer que fosse com ela. Gostava também imenso de viajar mas “hoje em dia é difícil arranjar companhia”. Considera que “o que vi está visto” e que agora só lhe restam os pequenos passeios que “felizmente vão sendo maiores”. Sábado irá tentar arranjar a cadeira e ir à bênção das fitas do neto para se distrair.

Fala do neto com muito orgulho e satisfação. Explica que este ainda quer seguir com os estudos, que é certinho dentro e fora de casa e que tem uma vida

saudável “graças a Deus”. O irmão mais velho deste não estudou tanto, mas está empregado há muitos anos e tem um filho de três anos que é tudo na vida para ele. Acrescenta que a família sempre foi muito virada para a música e que eles tocam os dois numa banda.

Refere, no entanto, que os netos têm a sua vida e que “vivemos um para cada lado, embora sejam familiares é assim...”.

De seguida desabafa um pouco sobre as relações familiares. Considera que, hoje em dia, os casais se separam “por tudo e por nada”, que não é dada a devida atenção aos filhos, mesmo quando estes estão em casa. Fala dos exemplos dela e da irmã, cujos netos tinham tudo o que era brinquedos, mas que quando se tratava de dar a atenção e os cuidados necessários quando estes estavam doentes, tinham de ser as avós. Considera que teve de ser mãe, pai, avô e avó, que é uma daquelas pessoas que tem uma vida assim, “de luta contínua, a ter de tomar conta de toda a gente”.

Termina mais uma vez discursando sobre o facto de que, apesar de pensar e falar sobre tudo, não consegue vencer a angústia.

Discussão da Sessão

Começa, mais uma vez, a sessão falando da sua angústia, deslocando, no entanto, rapidamente o assunto para as preocupações com o seu filho e com as “incapacidades” deste para lidar com a sua própria vida.

Volta depois à questão da angústia tentando relacioná-la com o estado do tempo e procurando justificações para os seus sentimentos. *H* continua, porém, a tentar arranjar soluções, respostas e objectivos que proporcionem uma saída para o impasse em que se encontra.

É de realçar a boa capacidade que *H* tem para reflectir e pensar sobre as coisas e sobre si própria, e a importância que continua a dar às sessões mas, invariavelmente, a sessão termina com a constatação do tal sentimento doloroso, aparentemente sem causa nem cura.

7ª Sessão (12/05/2005)

Pergunto-lhe se está bem disposta. Responde que a angústia continua. Acha que já não tem cura e que vai “com ela para a cova.” Refere que, efectivamente, vai de cadeira de rodas à bênção das fitas do seu neto. Sai todos os dias um bocadinho para se distrair um pouco e no dia anterior fê-lo sozinha pela primeira vez.

Continua a fazer os seus passatempos e a ver os concursos de televisão de que tanto gosta, mas, no fundo, diz que anda sempre a ver se “inventa qualquer coisa com interesse para se distrair”. Diz que não consegue encontrar uma coisa que realmente a interesse. “Falta a paixão por algo”.

Explica que não consegue fazer algo só por fazer e dá o exemplo de uma senhora conhecida que faz malha e que quando acaba volta a desmanchar para voltar a fazer. Ela não seria capaz. Volta a frisar que esteve internada seis vezes mas que nunca tinha “ido abaixo” como desta vez.

Acrescenta que o remédio que toma a acalma mas que não resolve o problema. Explica que tem tentado não se preocupar com o filho já que não pode controlar nada e, sendo a vida dele, tem de ser ele a resolvê-la. Acrescenta, ainda, que com o neto não tem de se preocupar, até porque sabe fazer tudo, inclusive cozinhar, ao contrário do pai e avô de *H* que não sabiam fazer nada.

Sabe que os problemas de visão a condicionam, mas é pior do que isso porque sente que perdeu o interesse por tudo.

Tenta explicar que a solidão é muito complicada e que espera que eu nunca passe por isso. Comenta, ainda, que é daquelas sensações de solidão que podem acontecer mesmo estando com mais gente, porque a comunicação fica afectada e não tem disposição para falar.

H diz que a irmã e outra amiga que a visita falam de assuntos como a morte e cremações, mas que ela não quer falar desses assuntos, pelo contrário, o que lhe apetece é falar acerca de coisas positivas e contar anedotas. Não tem paciência para a televisão e todas as notícias de desgraças e de doenças. Diz que aquilo que gosta de ver são os concursos e, de seguida, fala um pouco o que aprende com os mesmos.

Conta que colaborou durante muito tempo na igreja e visitava “velhotas”. “Fazia sempre sorrir as pessoas ou, pelo menos, tentava contando historietas”. Sente que precisa muito de falar de coisas positivas e acha que as pessoas que a visitam são, por vezes, negativas. Sente que agora é ela que precisa que a façam sorrir.

Considera que sempre foi uma pessoa muito alegre e estava sempre a rir, até no metro com pessoas que não conhecia. Agora tem medo de não conseguir recuperar essa alegria e de ter outra recaída.

Vai reflectindo e dizendo que se sente uma jovem, e que talvez o problema seja mesmo esse. Esquece-se que tem 79 anos e refere que se aceitasse melhor a idade que tem, talvez fosse mais simples.

Depois de uma sessão de muita intensidade termina referindo que tinha conversa para mais um mês.

Discussão da Sessão

Esta foi uma sessão emocionalmente muito intensa, tomando a forma praticamente de um monólogo em que *H* teceu várias reflexões sobre a sua angústia e sobre a necessidade que tem de “coisas positivas” e de devolver alegria à sua vida.

8ª Sessão (17/05/2005)

H inicia a sessão dizendo “Cá vamos na mesma, nem para a frente, nem para trás”.

H está aborrecida, diz que pensava que as visitas ao domicílio dispensavam as idas ao hospital, mas que lhe telefonaram a dizer que tinha de ir ao IPOFG. Comenta que está completamente farta do hospital.

Conta que conseguiu ir à bênção das fitas do neto e que, embora estivesse vento e frio, ficou num sítio muito bom “próprio e calmo”. No entanto, o dia não correu muito bem ao neto já que lhe assaltaram o carro nessa mesma noite, ficando sem a carteira e o telemóvel. Diz que gosta muito do neto e que este é parecido com ela em muita coisa, nomeadamente na frontalidade com que diz as coisas, “diz a verdade e não se cala”, mas também na sua organização. Também ela sempre foi “certinha nas horas do emprego e outras coisas”. Como ele é muito responsável convidaram-no para passar a trabalhar a tempo inteiro. Acrescenta que, enquanto puder, irá continuar a ajudar o neto a pagar a renda.

Já o seu filho... “arranjou um problema nas costas e nem veio ver o filho!”

Comenta, depois, que não gosta muito da casa onde vive, “tem pouco sol e quartos pequenos”. Contudo viveu lá 18 anos com o marido e 42 com a sogra, mas acha que o mais provável é que com a idade e a doença não dure muito mais. Tem

dores nas costas, e usa a expressão “a minha coluna parece uma marioneta”. Diz que para além das dores também tem tido uma impressão desconfortável na ponta da língua.

Considera que não anda famosa e diz que não saiu nos dois dias anteriores. Acrescenta, contudo, que “dá para aguentar” e que quando terminarmos a sessão vai forçar-se a mexer as pernas e andar. “Já que tenho de cá estar...”

Pergunto se não se importa de preencher um questionário. Trata-se do BDI. Explica que anda sempre com os “olhos embaciados”, que parece que estão sujos, só estando bem de olhos fechados. Sugiro-lhe então que lhe leia as perguntas, mas ela levanta-se e vai buscar os óculos fazendo questão de responder a tudo sozinha.

Com algum esforço e lentidão preenche tudo, comentando algumas perguntas, nomeadamente referindo que já esteve pior relativamente a várias questões.

No final mostra-se muito interessada no inventário e conversamos um pouco sobre a escala e sobre o conceito de depressão. Tem a impressão que, embora tenha dias em que se sente calma, quando surge um pequeno problema preocupa-se logo muito. Acha que tem uma depressão e que esta não passa, que só passaria se arranjasse um “trabalho” que a apaixonasse.

H acrescenta que tem um passado de depressão já que, na altura do 25 de Abril, andou a ser “tratada da depressão” no Hospital Júlio de Matos. Depois de dois anos e meio diz que saiu do ambiente horrível em que estava, mudando de local de trabalho e interessando-se pelo novo trabalho, e que nunca mais teve de tomar comprimidos. Acha que é isso que lhe falta agora, um processo semelhante, mas considera que os olhos são uma das dificuldades que mais a está a prejudicar.

Termina dizendo que nunca foi fã de televisão mas que agora vai procurando programas que a interessem, em Português e sem legendas.

Discussão da Sessão

Esta sessão demonstra, mais uma vez, o impasse em que **H** vive, sem qualquer fuga aparentemente possível. A aplicação do BDI, no qual se empenhou, serviu para abordar o tema da depressão. **H** considera estar deprimida, estabelecendo o paralelo com outra fase da sua vida, na qual lhe foi diagnosticada uma depressão.

9ª Sessão (19/05/2005)

Telefonam-me do IPOFG explicando-me que **H** tem de fazer uma transfusão sanguínea precisamente na hora em que estava combinada a nossa próxima sessão e, como tal, esta teve de ser adiada. Dizem-me que **H** pediu para eu estar presente para lhe dar algum apoio. Embora, inicialmente tenham considerado essa possibilidade acabaram por concluir que seria complicada a minha presença, ficando assim de aguardar por novidades para poder combinar outra sessão.

Discussão da Sessão

Embora a sessão não se tenha realizado ficou patente o valor dado por **H** ao acompanhamento psicológico.

10ª Sessão (27/05/2005)

Devido à transfusão de sangue e à incompatibilidade de horários, acabou por existir um intervalo de 10 dias entre sessões.

Começa por dizer que voltou a perder os dois quilos que tinha recuperado e pergunta logo pelos resultados do questionário, dando-lhe assim algum feedback.

Fala depois das consultas do IPOFG dizendo que está saturada e “farta de lá ir, já são muitos anos”. Diz ainda que fica muito nervosa antes das consultas.

Desabafa que quando sentia que estava a recuperar, pelo menos fisicamente, teve mais este contratempo. Embora só tenha consulta marcada para daí a uns meses diz que continua com valores “muito baixos” e com anemia e, como tal, depreendeu que terá de voltar a fazer mais transfusões.

Estranhou ter de fazer a transfusão porque, de momento, não sente que se canse demasiado, por exemplo a subir as escadas, mas de facto sente que lhe falta ânimo e energia.

Refere que mesmo sem apetite vai comendo bem, mas considera que para ela a comida é como mais um remédio que tem de tomar.

A grande questão que está sempre a colocar a si própria é “como é que o agravamento da doença em Setembro me levou a tal angústia?” Não consegue compreender como é que uma má disposição e agonia física levaram à “perda total de interesse pelas coisas e pela vida!”

A angústia não tem maneira de passar e diz que acha que se dava melhor com os psicofármacos anteriores, embora coloque hipótese de ser apenas algo psicológico.

Fala muito sucintamente do filho, que nunca mais a visitou, e comenta que com o neto está tudo bem.

Menciona que aprecia as minhas visitas já que as amigas, principalmente do tempo da igreja, mesmo sendo mais novas, estão todas doentes e as visitas que tem de vizinhas e irmãs são todas negativas. “Elas só falam de desgraças e de problemas e não é isso que quero e preciso, já bastam as minhas preocupações, não preciso de levar com as coisas das outras pessoas”. Refere que precisa, simplesmente, de alguém que a oiça e compreenda e que a faça sorrir e estar mais positiva.

Discussão da Sessão

Esta fase é marcada por uma nova recaída de *H* a nível físico. Contudo, o que mais a preocupa continuam a ser as questões emocionais. Tal pode observar-se pelo modo como pergunta, de imediato, pelos resultados do BDI e pela forma como volta a destacar a sua angústia e a importância das nossas sessões.

11ª Sessão (31/05/2005)

H começa por se queixar de fortes dores nas costas. Estas surgem habitualmente de tarde. Normalmente toma um *Benuron* e sente-se melhor. Refere que falou da sua angústia, especialmente da parte da tarde, ao médico e que este lhe recomendou um anti-depressivo.

O filho veio visitá-la no dia anterior. Explica que por ele voltava a trabalhar em Lisboa, mas que está sempre dependente da colocação da mulher que é professora. Diz que este é muito crente e que tem sempre boa cara. Acrescenta que ele acredita muito na ajuda divina.

Refere que marcou finalmente “consulta para os olhos”, “até poderia adiar, mas não vale a pena porque tenho mesmo de ir, o olho direito incomoda-me”. Acrescenta que sente que lhe “falta vista e energia” o que, juntando às dores que sente, lhe causam um grande incómodo.

Diz que desde há vários anos que tem a “coluna estragada” e pensa que “já não tem melhoras”. Receia que só tenha tendência para piorar, uma vez que as dores têm aumentado, tendo sentido bastantes dores no passeio de há dois dias, o que a levou a não sair no dia anterior.

Reflectindo sobre a sua doença diz acreditar que “tudo começou na perna, os problemas vêm todos desde aí” (...) “a perna incomoda-me, tenho sensações

estranhas, por vezes parece que aperta, outras vezes que incha, outras dói, coisas de uma perna doente”. Acrescenta que “só deitada é que fica confortável”.

Partilha que até há dois anos fazia tudo sozinha, agora com o perigo das tonturas já não. Desde há oito anos que tem uma senhora com 66 anos que a ajuda, não só nas tarefas domésticas, como acompanhando-a ao médico. Comenta que com essa idade ninguém a parava.

Refere que tudo começou com um sinal que lhe apareceu logo após a morte do marido. Explica que, 30 anos depois, este sinal desenvolveu-se e tornou-se num “caso sério”. Acabou por tirá-lo num posto médico mas não foi analisado. Na altura o enfermeiro perguntou-lhe se ela queria ficar com a verruga. Pensa que há coisas que só se sonham depois de passar por elas, “aí aprendem-se lições”. “Cada um tem o seu percurso de vida”.

Diz que, hoje em dia, há muito mais conhecimentos e até parece que há mais doenças. Hoje sabe, por exemplo, que estar sempre a apanhar sol e a qualquer hora, como fazia, é perigoso e que pode ser uma das causas da sua doença.

Continua dizendo que sempre teve uma vida muito absorvente, cheia de actividade. O tempo sempre passou a correr, sem dar por isso. Agora é completamente diferente. Quando lhe parece que já passou uma hora só passaram cinco minutos. Nunca tinha tempo livre, agora que tem de sobra, faltam-lhe as forças.

Refere que foram cinco meses “passados na cama e quase sem comer” e, enquanto tiver a anemia, pensa que “vai ser complicado”. “Talvez em breve vá fazer novas análises”.

Menciona que dorme bem, mas que “o pior é o acordar”. Desde que acorda começa a pensar em todas as pequenas preocupações e a ficar ansiosa com pormenores, como ter de ir de autocarro até ao oftalmologista. Volta a falar dos seus passatempos e também dos concursos da televisão.

Termino esta sessão preparando a despedida. Relembro que o meu estágio termina no fim do mês e que, como tal, as visitas irão terminar. Parece compreender e aceitar e acabamos a sessão a falar de viagens, contando-me que foi sozinha à Madeira quando tinha 50 anos e que “é muito bonito”.

Comprometo-me a voltar para a última visita.

Discussão da Sessão

Nesta sessão *H* reflecte profundamente sobre a história e evolução da sua doença, estabelecendo uma curiosa ligação entre o aparecimento do sinal, que acabou por desencadear todas as complicações, e a morte do seu marido.

H reflecte também sobre o tempo que considera parecer, agora, passar mais devagar e sobre o sono e a dificuldade que tem em acordar para a realidade em que vive.

O agravamento dos seus sintomas leva a que adopte um discurso mais pessimista sobre a evolução da sua doença. Ao mesmo tempo, o balanço que faz acerca da sua condição é quase como que um pressentimento do fim das nossas sessões.

12ª Sessão (07/06/2005)

Nesta última sessão **H** recebe-me de lágrimas nos olhos. Foi ao oftalmologista que lhe disse que “não há grande coisa a fazer”. Contudo comprou uns óculos novos e consegue ver melhor ao longe.

Refere que conseguiu andar de autocarro, algo que não julgava possível há dois meses atrás. Continua com pouca força e tem medo de ir sozinha.

Menciona, ainda, que comprou roupa, algo que a irmã lhe tinha sugerido, dizendo que, de facto, era algo que precisava porque perdeu 20 quilos. Mas acrescenta que, muitas vezes, “vai na conversa da irmã que é teimosa e depois arrepende-se”.

Partilha que as dores nas costas se mantêm, as quais pensa serem resultado da “espondilose” que lhe foi diagnosticada. Acrescenta que se estas não passarem terá de “fazer exame aos ossos”.

Nesta sessão **H** apresenta mais queixas do que o habitual, levantando-se inclusivamente para ir tomar um remédio. Nessa altura comenta que “é para os esticões que dou durante a noite” e relata que “vomitou durante a última noite e que não conseguiu dormir”.

H afirma sentir-se realmente mais em baixo neste dia, “com aquela angústia...”, que tenta justificar, em parte, pelo facto de não ter dormido. Menciona também que continua a tomar o *Zolofit* mas que este não está a dar “grandes resultados”. Em relação a este medicamento comenta, ainda, que não compreende porque razão o toma ao jantar quando se sente mal à tarde.

Continuando com o seu discurso reflexivo, **H** expõe que, comparativamente a Setembro, antes da crise, não está assim tão mal, já que nessa altura estava sempre a fazer transfusões e andava sempre muito cansada.

De seguida, **H** aborda o tema da morte. Fala do pai que morreu com 48 anos, sobre o qual partilha que fumava muito e que se alimentava muito mal. “O médico avisou-o que ou parava ou morria” e considera que o pai “escolheu morrer...” Quanto à mãe refere que ficou muda nos últimos dois anos de vida. Explica que foram tempos muito complicados. Para comunicar com ela falava e a mãe respondia escrevendo. Esta morreu aos 74 anos.

Depois de uma pausa carregada de tensão, **H** diz que “faz-me muita falta a leitura!” A partir deste momento voltamos a falar de coisas banais do dia a dia. Volta a falar de viagens contando que colecionava postais. Explica que sempre gostou de bibelôs e que lhes “dava vida” mudando-os de lugar e pondo-os a “conversar uns com os outros”. Fala de interesses antigos que considera já serem “de outras vidas”.

Chegamos ao fim e despedimo-nos. Resumo-lhe os objectivos do meu trabalho e agradeço-lhe por tudo. Ela também agradece muito as nossas sessões e o facto de “lhe trazer um sorriso à vida!” Termina reflectindo sobre o facto de que se tivesse mandado analisar o sinal se calhar não estávamos ali naquele dia. “Mas acredito em Deus e num destino que está escrito. Temos lições a aprender e por alguma razão tive de passar por tudo o que passei.”

Discussão da Sessão

Foi uma despedida muito emocionada e muito difícil, num adeus a um processo que pareceu ficar incompleto. O facto de me receber de lágrimas nos olhos na última sessão é demonstrativo da dor desta separação mas, também, do enfrentar de uma situação muito complicada em que a “incurabilidade” da situação dos seus olhos é apenas mais um sinal de um quadro desanimador.

Esta situação leva-a, claramente, a pensar na morte já que na sequência do seu discurso fala da morte dos seus pais e não deixa de ser significativo este tema tão difícil surgir, precisamente, na última sessão, não se referindo ao seu próprio medo, mas fazendo uma clara projecção ao mencionar os seus pais.

Não voltei a ter qualquer contacto com **H** sabendo, apenas algum tempo mais tarde, que a sua situação clínica se agravou bastante nos meses seguintes, acabando **H** por falecer cinco meses depois.

Inventário Depressivo de Beck⁴³

Apesar das suas dificuldades de visão, **H** quis responder ao questionário pela sua própria mão. Estas dificuldades, associadas à ponderação em cada resposta dada, levaram a que demorasse algum tempo até preencher o inventário.

H leu algumas perguntas em voz alta, comentando, em algumas delas, que a sua situação já tinha sido pior do que o é actualmente.

O resultado obtido foi de 15, o que representa uma depressão moderada.

É de assinalar que a única questão em que registou a pontuação máxima foi a “J” em que revelou que deixou de conseguir chorar. As outras duas questões em que se verificaram valores mais elevados foram a “N” e a “O” que correspondem, respectivamente, à “imagem corporal” e à “inibição no trabalho”, sendo que esta última é claramente uma consequência da sua condição física.

É ainda de referir que **H** pontuou em todas as perguntas da subescala somática com excepção das perguntas sobre o peso e sobre o sono.

⁴³ Ver anexo A.

Conclui-se, então, que o nível de depressão não pode ser considerado preocupante. O facto de não conseguir chorar não deixa contudo de ser um sinal muito forte das dificuldades de *H* em expressar as suas emoções.

Teste Projectivo de Rorschach

De seguida é apresentada a tabela 3 com o protocolo de *H* e todas as suas respostas, bem como a tabela 4 com os resultados do psicograma. É feita, ainda, uma análise cartão a cartão e uma conclusão acerca dos aspectos mais relevantes a retirar deste teste.

Tabela 3: Protocolo de Rorschach de *H*

Pr.	Resposta	Inquérito	Modos Apreensão	Determi- nantes	Conteúdo
I	14'' 1 – <i>Um animal (...) como se chama? (...)</i> 2 – <i>Aves (...) anda de noite (...) morcegos</i> <i>Foi a primeira impressão (...) embora agora ache que</i> <i>não tem tantas pareanças (...)</i> 1'16''	A mancha toda Morcego por causa das asas que abrem	G G	F+/- Kan	A A/(Ban)
II	23'' 3 – <i>Dois animais (...) inverte e volta ao normal duas</i> <i>vezes</i> 4 – <i>Dois elefantes bebés, com as trombas</i> 5 – <i>Podiam ser duas rochas com um buraco no meio.</i> 1'58''	<i>Aqui nesta zona.</i> (aponta para toda a parte preta) (observação simétrica) Tromba no meio em cima Toda a mancha. (tapa e exclui os vermelhos) (observação simétrica)	D D Dbl	F+/- F+ FC'	A A/Ban Geo
III	14'' * Pausa de 37 segundos para ir buscar os óculos 6 – <i>Dois pessoas (...) parecem-me (...) duas figuras</i>	Dois figuras, cabeças, corpo, pernas e o meio em	G	K	H/Ban

Pr.	Resposta	Inquérito	Modos Apreensão	Determi- nantes	Conteúdo
	<i>com qualquer coisa na mão (...) a tentar transportar</i>	baixo, algo que têm de transportar, têm na mão			
	7 – <i>As manchas vermelhas não parecem nada (...) sinceramente não me dizem nada</i>	D vermelho mediano e lateral	D	C	Mancha
	8 – <i>As pernas (...)</i>	D preto lateral inferior	D	F+	Hd
	9 – <i>As cabeças (...)</i>	D preto lateral superior	D	F+	Hd
IV	9'' 10 – <i>Ai! Gigante Adamastor.</i> 11 – <i>Bicho enorme</i> 12 – <i>As patas (...) animal enorme</i> 13 – <i>Impressão de pelo (...)</i> 14 – <i>(...) com um bico</i>	3'07'' O tal monstro com pelo, bico em cima, as patas Apreensão na totalidade D inferior Lateral Apreensão na totalidade D Sup	G G D G D	FClob F+/- F+ E F+	(A) A Ad Ad Ad
V	14'' 15 – <i>Parece um animal (...) animal com asas (vira)</i> 16 – <i>Se tivesse à minha frente fugia (...) pássaro enorme</i>	1'13'' Animal com asas, cabeça, patas em baixo (não vira, suspira) Apreensão na totalidade	G G	F+/- ClobF	A A
		1'15''			

Pr.	Resposta	Inquérito	Modos Apreensão	Determi- nantes	Conteúdo
VI	33` Vira, revira 17 – U - Sem a parte de cima impressão da pele de um carneiro (...) escancarada 18 – Tenho um quadro parecido, que parece os pulmões de um fumador (...) 19 – Este não (...) uma pele aberta de um animal 2`07`	(exclui o D superior) pele como se usa nas salas, o meu filho tem um parecido É a ideia que me dá, lembrei-me	D G G	FE F+ FE	A/(Ban) Anat A/(Ban)
VII	37` 20 – V - Animais pequenos, peixes (...) quatro figuras 21 – V - Suponhamos que é a mãe e uma ninhada com filhos (...)	D superior lateral e mediano Relembro que a viu com a prancha invertida. Mãe em cima e 4 filhotes em baixo	D D(G)	F- F-	A A
VIII	16` Mais difícil (...) 22 – Parte de cima, montanha de gelo Vira – (...) branco no preto vejo melhor (...) – Revira 23 – U - Podia ser uma taça de cores com qualquer coisa dentro	(D cinza, cima) No total, a tal taça com qualquer coisa em cima que isolada parece o cimo de uma montanha gelada	D G	F+/- FC	Geo Objecto

Pr.	Resposta	Inquérito	Modos Apreensão	Determinantes	Conteúdo	
IX	32` 24 – <i>Podem ser plantas com folhas</i> 25 – <i>Também pode ser um desenho de um objecto decorativo moderno</i>	1`31`` Conjunto de plantas Das tais que é difícil (...) Pisa papéis colorido (...) desse género (D alaranjado), não me lembro de dizer os bichos em cima...	G G D	F+/- F- F+/-	Bot Objecto A	
	26 – <i>Em cima, dois bichos</i>	1`47``				
X	31`` Inverte, e volta ao normal					
	27 – <i>U - Plantas (...) menos o bico em cima</i> 28 – <i>Vira, revira – U - Muito difícil, podem ser insectos no azul</i> 29 – <i>Mistura de coisas (...) meio (...)</i>		O mais complicado (Exclui D cinzento superior) (D azul lateral) Aranhas no azul Apreensão na totalidade	Ø D G	F+/- F+ F+/-	Bot A/Ban Abstracto
	30 – <i>Bico em cima (...)</i> 31 – <i>Frasco (...) não imagino grande coisa</i> 32 – <i>Lagarixas das couves</i>	4`16``	(D cinzento superior) Bico, e azul central impressão de ... O branco podia ser um frasco com a tampa cinzenta (D verde inferior)	D Dbl D	F+ F- F+	Ad Objecto A

Tempo total – 20`45``

Prova de escolhas:

- + + “O que gosto é o que entendo”
Cartão VII “gosto como objecto decorativo”
Cartão II “achei graça aos bebés”, depois troca pelo Cartão III, “também gostei”

- - Cartão X “ (...) pouca piada (...)”
Cartão V “ (...) não gosto de morcegos (...)” (não os chamou de morcegos na altura)

Tabela 4: Psicograma de *H*

				F+ = 9	
R = 32	G = 16	50% ↑	∑ F = 22	F- = 4	A = 14
Recusa = 0	D = 14	43,8% ↓		F± = 9	(A) = 1
T. Total = 20'45''	Dd = 0				Ad = 4
T./Resp. = 39''	Dbl = 2	6,3%	K = 1		
T.lat.méd. = 22'' ↑	Do = 0		Kan = 1		H = 1
			FC = 1		Hd = 2
			FC' = 1		
			C = 1		Geo. = 2
			FE = 2		Mancha = 1
			E = 1		Anat. = 1
F% = 68,8%			FClob = 1		Obj. = 3
F+% = 61,4 % ↓			ClobF = 1		Bot. = 2
F%a = 84,4 % ↑					Abst. = 1
F+%a = 68,5 % ↓					
A% = 59,4% ↑					
H% = 9,4%				Ban = 6	

Sucessão	Elementos Qualitativos
T. Apreensão = G D Dbl	Choques = 1
T.R.I. = 1K: 2,5C – Extroversivo misto	Eq. Choque =
F. Compl. = 1k: 2,5E	Perserv. =
RC% = 34,4%	Com. Cor =
I.A = reduzido índice de angústia	Com. Sime. = 2
	Com. Subj. =
	Com. Obj. =
Prova Escolha +: VII, II	
Prova Escolha -: X, V	

Análise Cartão a Cartão

I

Esta prancha solicita o sujeito para a relação com o *imago*⁴⁴ materno, da qual se pode ter imagens de segurança ou insegurança. O imago é uma representação inconsciente. Neste caso, o sujeito acede a uma imagem unitária, revelando uma entrada normal no protocolo, uma boa adaptação à realidade e um movimento que revela criatividade.

II

A apreensão desta prancha não foi global, algo adequado e esperado para esta prancha. Com efeito, as duas primeiras respostas referidas pelo sujeito são duas respostas adequadas. A terceira dá o primeiro sinal de desorganização associada à cena primitiva, já que há um “corte” do vermelho. Há aqui uma tonalidade emocional muito forte que é evitada pelo sujeito. O vermelho remete para pulsões sexuais e agressivas e as respostas demonstram uma carência e uma falha em lidar com os aspectos mais primários, associando a um vazio, um buraco. Assim, ao tapar o vermelho rejeita a carga emocional.

III

Esta prancha remete para a identificação e identidade sexual. O sujeito permanece no mesmo registo. As suas primeiras repostas são banalidades. Depois revela criatividade com a cinestesia. Mais uma vez há um “corte” do vermelho, o que é um mecanismo de defesa (negação) ao negar que o vermelho existe. Revela dificuldade em lidar com os sentimentos. Sai desta cena e, em vez de olhar para a globalidade do cartão, fixa-se em partes humanas.

⁴⁴ Palavra em latim que significa imagem e que é utilizada na psicanálise como a projecção de uma imagem ou de uma lembrança da infância sobre uma pessoa ou um objecto.

IV

Esta prancha remete para o poder, para a autoridade e para a força. **H** teve uma reacção negativa o que pode sugerir a forma como lida com a autoridade. Os sentimentos veiculados são de abominação.

De facto, este cartão provoca um choque manifesto, algo que a assusta e lhe é desconfortável. Este é o cartão mais denso. **H** não lhe dá forma, focando-se em pontos, referindo as “patas” e o “bico”, o que poderão ser fantasmas potenciais de uma castração feita pelo marido. Refere que lhe parece ser pêlo (“impressão de pêlo”) que é algo regressivo. Depois desestrutura-se no bico fálico e agressivo. Reage ao choque e depois defende-se da angústia que sente.

V

Esta prancha remete para a realidade objectiva e apela ao sentimento de integridade psíquica e somática. Permite testar a integridade, a qual está ligada à representação de si. A resposta dada é semelhante à do cartão I, apesar de depois surgir algo que lhe causa medo e angústia. Tendo em conta que este cartão remete para o real e objectivo, pode ser uma contaminação do cartão anterior. De seguida vira o cartão num movimento de fuga.

VI

Este cartão apresenta uma tonalidade afectiva negativa e agressiva e, por isso, é recusado pelo seu significado. Resultado disso mesmo são as respostas banais e adaptativas dadas pelo sujeito. A primeira reacção é virá-lo e procurar algo que não descobre. A imagem encontrada é a pele, a qual representa a morte. A resposta seguinte revela movimentos destrutivos dando ideia de agressão e morte, algo que está aberto e destruído e que o sujeito projecta para conteúdos animais. Este cartão

remete para dimensões maternas e o sujeito revela uma dificuldade em olhar para a sua mãe ou para o seu papel enquanto mãe.

VII

Este cartão apresenta uma temática feminina e parece ter sido contaminado com o anterior. Trata-se de uma clara projecção quando refere “suponhamos que é a mãe e uma ninhada com filhos” – *H* vê a imagem e depois projecta-se para dentro desta, embora revelando angústia ao fazê-lo com F-.

VIII

Entra nos cartões de cor com uma resposta fria, o que é uma tentativa de não reagir aos afectos provocados pela cor. Dirige-se para uma cor acromática, colocando de parte as emoções e focalizando-se no gelo. O comentário seguinte “branco no preto” reforça isto mesmo. Finalmente consegue uma entrada na cor, mas não refere o que está dentro da taça, revelando dificuldade em formular e vivenciar os afectos.

IX

A prancha remete para uma problemática pré-genital, com fantasmas ligados ao nascimento. Denota-se um movimento similar ao do cartão anterior, ou seja, mais uma vez nega os afectos evitando a cor e focalizando-se em algo objectivo.

X

Esta prancha é de fragmentação, dos limites do corpo. É, também, uma prancha que permite a expressão dos diversos registos psicológicos. Denota um início defensivo, manipulando o cartão o que lhe causa uma reacção que não consegue exprimir em palavras. Observa uma imagem, mas retira-lhe o elemento fálico e agressivo, numa tentativa de se proteger. Revela uma angústia de fragmentação, não conseguindo dar

forma às várias coisas que vê. Vai alternando entre o “todo” e o “detalhe” e sempre que se centra num elemento mais objectivo desorganiza-se. Termina fugindo, mais uma vez, da cor para o branco, e encerrando o problema “fechando o frasco”, o que, simbolicamente, reflecte uma forma de evitar a situação ansiogénica.

Em relação às escolhas, prefere os cartões III e VII, este último relacionado com a cena materna e escolhe como mais negativos os cartões V e X. O cartão V é um cartão estruturado, e por isso é um pouco estranho que seja escolhido, já o cartão X é um cartão que remete para a fragmentação e desordem.

Comentários ao teste

H conseguiu envolver-se na prova, embora apresente conteúdos sempre muito semelhantes ao longo da mesma.

Analisando o psicograma verifica-se que *H* apresenta um número de respostas um pouco acima da média esperada, num limite de tempo adequado. Também as banalidades, e as repostas F e C se encontram na média. No entanto, a percentagem elevada de respostas G denota uma atitude defensiva, que consiste em não se aplicar de um modo mais aprofundado ou mais pessoal nesta prova. As respostas F+ encontram-se bastante abaixo da média esperada o que permite atestar algumas dificuldades ao nível da adaptação perceptiva e socializante.

Assim, analisando a conduta intelectual pode dizer-se que *H* faz uma utilização da actividade intelectual como mecanismo de defesa e não de uma forma criativa.

O elevado número de resposta animais que apresenta poderá ser uma fuga.

O Tipo de Ressonância Íntima (TRI), o qual expressa a atitude e o investimento do sujeito em relação a si e em relação aos outros, bem como a relação que existe entre o mundo interno e externo, é extroversivo misto, ou seja, o sujeito tende a agir sem pensar, não existindo controlo. O TRI e a Forma Complementar (FC) apresentam movimentos tendenciais.

Globalmente *H* revela angústia face a elementos de força, uma angústia de fragmentação e dificuldade em explorar emoções e afectos. A existência de muitos F imprecisos denota dificuldade em dar forma às angústias e emoções que apresenta.

H revelou um grande interesse pela realização desta prova. Parecia quase como uma criança a descobrir algo de novo e executou a prova como se de um jogo se tratasse. Foi tentando encontrar respostas para todos os cartões e revelou sempre um ar de satisfação.

O manipular e o virar das pranchas que ocorreu, praticamente, desde o início, embora seja demonstrativo do “à vontade” de *H*, poderá reflectir alguma dificuldade desta se organizar no espaço.

Tal como no caso anteriormente analisado, existiram várias respostas animal associadas a más formas. Também aqui é possível sugerir que se trata de uma projecção de uma imagem corporal que se encontra corrompida pela doença.

Apesar de uma aparente vontade em relacionar-se e expressar-se, as más formas revelam as dificuldades de *H* em fazê-lo e em lidar, assim, com as suas emoções.

Conclusão

H revelou, ao longo de todo o processo de acompanhamento psicológico, uma grande lucidez e uma forte vontade de viver e recuperar.

Atribuindo, ela própria, um grande valor ao lado emocional e ao imaginário, apresentou sempre uma boa capacidade reflexiva. Teceu várias considerações relativas à sua condição, à sua doença e até à origem de mesma.

O seu discurso foi marcado pelo impasse de uma rotina condicionada pelas limitações físicas inerentes à doença. Contudo, e apesar de todo o sofrimento físico e das complicações porque passou, a sua maior preocupação centrou-se, sempre, no sofrimento emocional.

As preocupações com o seu filho eram apenas a ponta de um “iceberg” de uma angústia muito profunda para a qual nunca conseguiu dar resposta.

Estes sentimentos de angústia e solidão auto-relatados são reforçados pelos dados obtidos no teste projectivo de Rorschach. Os medos e angústias revelados na abordagem de alguns cartões e no elevado número de respostas globais, e a dificuldade em lidar com a carga emocional de outros, são elementos essenciais de um protocolo marcado, também, pelo elevado número de más formas e respostas “animais”, que ilustram a suas dificuldades de adaptação e de dar forma às suas emoções.

Embora os resultados do BDI apontem para uma depressão moderada, no preenchimento do inventário *H* estabeleceu comparações com a fase anterior da doença, em que a sua condição era francamente pior, e através de uma auto-análise considera-se, ela própria, deprimida.

Independentemente do diagnóstico de depressão, que nem sempre é fácil nestes casos, o sofrimento psíquico de **H** parece ser bastante evidente. O seu dia-a-dia é povoado por pensamentos e sensações de angústia provocados pela dificuldade em lidar e dar forma às emoções associadas à sua condição. Também os seus medos são visíveis nas projecções corporais que apresenta no teste projectivo.

H utilizou sempre a sua imaginação, criatividade e actividade intelectual como mecanismo de defesa face à sua situação, procurando sempre um “sentido para a sua vida” e para a sua condição, ao mesmo tempo que fugia de todos os medos e preocupações relativos à evolução da doença.

Embora tenha ficado a impressão de um processo interrompido, já que o acompanhamento psicológico terminou numa fase crítica da doença, há que realçar a importância que **H** sempre deu ao apoio que teve durante este período. Fica a interrogação de como terá sido a fase tão complicada que se seguiu na vida desta pessoa, provavelmente vivida numa grande solidão e que culminou com a sua morte.

DISCUSSÃO

A partir dos casos clínicos apresentados e analisados é possível retirar algumas conclusões e ilações, relativamente às hipóteses inicialmente levantadas.

Em relação à primeira, como é de seguida desenvolvido, foi possível verificar a existência de algum nível de perturbação mental em todos os casos.

Para uma correcta análise dos mesmos, há que ter em consideração as características únicas de cada caso, bem como a fase de evolução da doença. De acordo com a teorização de Trelis (1996, cit. por Moreira, 2001) podemos distinguir claramente os 3 casos apresentados. O primeiro caso é tipicamente agónico com um prognóstico muito curto, já o segundo apresenta-se como claramente crónico e com uma evolução lenta da doença e, por fim, o terceiro, revela-se complexo e com dificuldade de controlo de alguns dos sintomas.

O primeiro caso, devido às suas particularidades, pode distinguir-se mais dos outros dois. A evolução galopante da doença, que se encontrava num estado já muito avançado, limitava grandemente *M*, física e psicologicamente.

Além das claras dificuldades de comunicação foi possível verificar a existência de alguns comprometimentos cognitivos e, aparentemente, de algum delirium, que, tal como referem Holland (1990) e Lawlor e Bruera (2002), são de facto comuns e expectáveis face a estas situações clínicas e biológicas. Estas

dificuldades seriam, provavelmente, resultado da medicação e, provavelmente de algumas metástases cerebrais existentes.

Foi possível verificar, nos casos estudados, que as limitações físicas provocadas pela doença têm um grande peso no bem-estar psicológico. A dor, que é muitas vezes descrita como um dos factores causadores de maior sofrimento, parecia estar em todos os casos bem controlada do ponto de vista médico. Porém, verificaram-se várias queixas físicas que incluíram má disposição e limitações na mobilidade, entre outras.

Estando perante situações, todas elas, muito complicadas, tanto ao nível médico como emocional, foi possível, apesar das óbvias diferenças, encontrar alguns pontos comuns entre os casos.

No primeiro caso, apesar da brevidade do acompanhamento, foi possível constatar a existência de um profundo nível de depressão, bem patente na forma como esta doente surgia “enclausurada” no seu próprio mundo.

Também no segundo e terceiro casos, foi possível verificar que o conteúdo, quer latente, quer manifesto, das entrevistas clínicas e das sessões de acompanhamento psicológico apontam para índices de depressão, o que vai ao encontro de inúmeras pesquisas mencionadas na revisão de literatura (Doyle, et al., 1993; Ita, et al., 2003; Levy, 1990; Pereira & Lopes, 2002; Sherif, et al., 2001).

A este respeito, há ainda a assinalar os níveis de depressão moderadamente intensa apresentados no segundo caso e de depressão moderada no terceiro, evidenciados na aplicação do BDI e que vêm reforçar a avaliação feita da análise das sessões.

Farberman (1997) considera que não é fácil diagnosticar a depressão clínica nestas situações já que esta se confunde, muitas vezes, com todos os medos e sintomas considerados expectáveis. No entanto, esta está marcadamente presente nestes doentes.

A angústia perante a situação em que as doentes se encontravam foi evidente em todos os casos. Esta angústia profunda é não só expressa na primeira pessoa, de uma forma directa, como analisada a partir das projecções produzidas nos testes projectivos do segundo e terceiros casos.

Em ambos os protocolos de Rorschach foi possível constatar um profundo mal-estar. Estas provas foram marcadas por um elevado número de respostas animal associadas a más formas, que parecem transparecer a projecção de um corpo afectado pela doença.

Nestes dois casos, que tinham também em comum a condição de viuvez, foi ainda evidente a grande dificuldade em expressar e dar forma às emoções. Esta dificuldade foi também constatável nas sessões de acompanhamento em que, sendo patente a premente necessidade existente de expressar afectos e sentimentos, se verificou o contínuo surgimento de mecanismos de defesa.

O recalçamento maciço dos afectos e a pobreza de imaginário de *E* contrasta com a riqueza fantasmática de *H*, que utiliza a criatividade e actividade intelectual como defesa.

Poder-se-á afirmar que em comum entre estes três casos há um funcionamento psicológico marcado por um impasse relacional. A situação em que se encontram caracteriza-se, tal como teorizam Sami-Ali, et al. (2004), por uma estrutura lógica que remete para uma contradição, não elaborável, e que fecha todas as saídas possíveis. Esta situação é essencialmente visível no primeiro caso em que

M deseja a própria morte e encara-a como a melhor saída possível para o impasse em que se encontra.

É, no entanto, muito complicado perceber e avaliar se este tipo de funcionamento, tal como a depressão e a situação ansiogénica resultante destas condições, é resultante da situação clínica, ou se é algo anterior a esta ou mesmo reactualizado pela doença.

Em relação à segunda hipótese colocada, apesar da escassez de dados obtidos foi possível testemunhar o impacto previsto.

No primeiro caso foi evidente o impacto da situação de *M* em toda a dinâmica familiar. Há que destacar as alterações de ritmos de sono e ao nível profissional, com a alteração dos horários da principal cuidadora.

Estes dados vêm alertar para o possível fardo que um doente nestas condições pode constituir para uma família e que é confirmado por diversos estudos já referidos (Brazil, et al. 2003; Carter & Chang, 2000; Fleming, 2003; Hudson, 2003; Ingleton, et al., 2003; Rossi Ferrario, et al., 2004 e Weitzner et al., 2000).

As características dos outros dois casos eram bem diferentes e, efectivamente, não podia considerar-se a existência de um verdadeiro cuidador. No segundo porque a filha da doente não tinha capacidades cognitivas para assumir esse papel e no terceiro porque a condição médica de *H* não o justificava na altura.

A este propósito há ainda a destacar, no segundo caso, o facto de, apesar da deficiência mental grave da filha limitar uma total compreensão dos factos, *E* se queixar que esta andava muito nervosa face à situação.

Relativamente às limitações existentes neste estudo, em primeiro lugar deve referir-se que, tratando-se de um estudo de caso, todas as conclusões a retirar circunscrevem-se aos próprios casos, não permitindo uma extrapolação ou generalização à restante população.

É de referir, também, a dificuldade que existiu em obter casos para acompanhamento. A pesquisa clínica no final da vida é, tal como referem Doyle et al. (1993), extremamente difícil de conduzir, sendo esta uma área que exige um grande cuidado na abordagem. Mas as dificuldades dizem respeito, também, a questões práticas, como é o caso da condição física do doente. Com efeito, por vezes, o tempo necessário para obter os consentimentos necessários para a condução do estudo, foi o suficiente para que o doente falecesse. Noutras ocasiões o estado clínico não possibilitava qualquer tipo de diálogo e, como tal, não permitiria um bom estudo de caso.

O estado de saúde dos doentes condiciona, também, a própria metodologia de avaliação. Em alguns casos revela-se eticamente reprovável aplicar uma bateria de testes que permita um correcto diagnóstico e, em muitas situações, tal hipótese nem se afigura viável. De facto, ao usar este tipo de abordagem no estudo de doentes em estado terminal, poderá existir um enviesamento resultante de ser apenas possível avaliar indivíduos que não se encontrem numa fase demasiadamente avançada da evolução da sua doença.

Deste modo, o material clínico utilizado nas sessões foi possivelmente escasso para um correcto e definitivo diagnóstico do estado de saúde mental dos intervenientes.

No entanto, é fundamental que exista investigação nesta área, já que, só dessa forma, se poderá evoluir e melhorar a qualidade dos serviços prestados.

A morte é um fenómeno natural que atinge todos os seres humanos e, como tal, é importante que a Medicina, a Psicologia e todas as Ciências da Saúde proporcionem recursos técnicos, éticos e humanos para aliviar o sofrimento que se produz em torno dela (Dias e Durá, 2002).

Assim, por um lado, seria importante avaliar os níveis de sofrimento psíquico destes doentes. De facto, embora o sofrimento psíquico de um doente em estado terminal seja reconhecido e óbvio para a maioria das pessoas, só uma investigação científica cuidada e rigorosa pode reforçar os dados já existentes que referem uma percentagem significativa de morbidez psicológica (Black, 1994; Haynal, et al., 1998; Ita, et al., 2003; Walden-Galuszko, 1996).

Seria, igualmente, importante levar a cabo estudos nacionais que pudessem avaliar a importância e eficácia de uma intervenção psicológica junto destes doentes e das suas famílias e, dessa forma, sustentassem a necessidade, já sentida por doentes e comunidade médica, de um maior investimento por parte das políticas de saúde nesta área.

De facto, parecem haver já evidências de que poderá ser benéfico, para estes doentes, um adequado acompanhamento psicológico ou psicoterapêutico, nunca dissociado do acompanhamento médico. Na realidade, vários estudos demonstram a sua importância não só na evolução da doença como na qualidade de vida destes sujeitos (Costa e VandenBos, 1990; Fink, 2000; Levy 1990; Neimeyer, 1994; Nicassio e Smith, 1996; Parkes, 1997; Seligman, cit. por Pereira & Lopes, 2002; St. Clair, 2000).

“Muitos estudos demonstram que fornecer psicoterapia a doentes oncológicos e às suas famílias tem um impacto poderoso não apenas ao nível das estratégias para lidar com a situação mas também ao nível do ajustamento à doença e tratamento, bem como no prognóstico.” (Seligman cit. por Pereira e Lopes, 2002, p.27)

É, também, fundamental uma aprofundada investigação acerca do impacto destas situações quer nos cuidadores primários, habitualmente pertencentes à família do doente, quer nos cuidadores profissionais que têm de lidar, quase diariamente, com a morte, sem ter um espaço próprio para poder trabalhar os seus conflitos internos e angústias pessoais. Só deste modo é possível encontrar a melhor forma de apoiar ambos os grupos de cuidadores.

Estudos como os conduzidos por Brown e Stetz (1999), Doyle, et al. (1993) e por Perreault, et al. (2004) mostram que doentes e familiares consideram que existe falta de suporte emocional e desejam esse suporte. Este apoio revela-se ainda mais fulcral no caso específico do cancro, uma doença com uma forte conotação negativa de dor e sofrimento.

Esta tese aqui apresentada, em parte devido ao seu carácter exploratório, veio levantar mais questões do que encontrar respostas e, algumas dessas questões, merecem uma reflexão mais aprofundada.

Uma das questões, que tantas vezes é mencionada quando se fala desta doença, e que foi evidenciada no primeiro caso, é a da comunicação, ao doente, do carácter terminal da sua doença. A família de *M*, nomeadamente a filha, tinha conhecimento da sua situação clínica, mas foi um assunto sobre o qual não era permitido falar, mesmo quando a própria paciente verbalizava que sentia que ia morrer e afirmava que pensava em tal possibilidade durante todo o dia.

Outra das questões refere-se, especificamente, ao apoio domiciliário. Embora este apoio a doentes em fase terminal seja uma excelente alternativa no prestar dos cuidados paliativos, parece que há ainda muito trabalho a ser feito na avaliação das reais condições apresentadas pela família de forma a suportar tal situação.

Com efeito, muitas das vezes parece que o apoio domiciliário se apresenta como a única alternativa possível e não como resultado de uma avaliação da situação específica de determinado paciente.

Apesar de inúmeros estudos, tais como os de Abiven, et al. (2001), Ahmedzai e Walsh (2000), Brumley, et al. (2003), Doyle, et al. (1993), Hudson (2003) Levine e Levine (1982), Mann, et al. (2004), Moreira (2001), Parkes, et al. (2003), Proteste (2000), Ratner, et al. (2001), Teno, et al. (2004), Twycross (2003) e Yuen, et al. (2003), demonstrarem a preferência de doentes e familiares para que os primeiros passem os seus últimos dias em casa, junto daqueles que amam, esta vontade pode, muitas vezes, colidir com as reais capacidades físicas, financeiras e emocionais dos cuidadores, que devem ser tidas em conta na avaliação de cada situação.

O caso de *M* é um exemplo disso mesmo, ou seja, uma situação amplamente referida na literatura revista, em que o doente acaba por se transformar num fardo para a família.

Outra questão que surge neste estudo refere-se aos sentimentos de solidão. Este sentimento, tão presente nos casos de *H* e *E*, poderá não estar directamente relacionado com a situação específica de um cancro terminal, mas está, com certeza, associado à realidade, tão presente no nosso país, de um envelhecer triste e só.

Neste dois casos a doença, não sendo a causa directa deste sentimento, vem reforçar esta solidão, já que é precisamente nos momentos de maior sofrimento que o ser humano mais precisa de apoio e companhia e ambas estavam entregues a uma luta “solitária” contra uma situação já de si muito difícil.

A aposta nos cuidados paliativos continua a crescer e é possível observar o aumento do número das unidades especializadas no nosso país ao longo dos últimos anos. O aumento da quantidade e qualidade das unidades de cuidados paliativos está contemplado no Plano Nacional de Cuidados Paliativos (Direcção Geral de Saúde, 2004). Este plano foi estabelecido até 2010 e considera os cuidados paliativos como uma área de intervenção prioritária. Assim, foi colocado o objectivo da entrada em funcionamento em Portugal de 25 unidades de Cuidados Paliativos. Estes números talvez não sejam alcançados, mas demonstram uma clara intenção de mudar a realidade actual.

Os cuidados devem ser caracterizados por uma interdisciplinaridade e por uma intervenção centrada no paciente, na qual se tenha em consideração o biológico, o psico-social, e o espiritual do doente, familiares e cuidadores. Contudo, nem sempre é fácil equilibrar a filosofia e a missão com as necessidades práticas.

Parece evidente a necessidade de uma abordagem a esta doença que tenha em conta aspectos tanto psicológicos, como sociais e somáticos, dando a devida importância a factores genéticos, imunológicos e biológicos e, simultaneamente, prestando atenção às questões relacionais e dos ritmos corporais do indivíduo.

As consequências psicológicas de uma doença terminal, neste caso o cancro, analisadas na revisão da literatura e observadas neste estudo, justificam a intervenção de psicólogos que tenham capacidade de compreender todas as questões psicossomáticas presentes.

Torna-se, então, fundamental que se estabeleça uma maior ligação e interacção entre profissionais da medicina e psicologia e até, quem sabe, da psicossomática para que possam trabalhar em conjunto e, desse modo, fazer a ponte entre todos estes aspectos fundamentais para que o indivíduo possa enfrentar esta

doença e, nos casos mais graves, a própria morte. Só desta forma parece possível que o paciente possa aumentar a sua capacidade para renovar e até reconstruir a sua existência.

“Na hora actual, a *atitude psicossomática* nas ciências da saúde ultrapassou a investigação e valorização etiopatogénica dos factores psicoafectivos e socioculturais na génese e percurso dos fenómenos de saúde/doença, e, mais ainda, a postura holística mas ingénua da medicina tradicional (...) para sustentar e impor uma posição cientificamente fundamentada de resposta, não só global como contingente e harmónica, às variadas necessidades e múltiplos apelos da pessoa em sofrimento ou risco de perder a saúde.” (Matos, 2003, p.113)

A psicoterapia individual, o uso de grupos de apoio à família e a supervisão e acompanhamento psicológico dos profissionais de saúde devem passar, de uma vez por todas, a fazer parte do tratamento que é prestado ao doente que enfrenta o desafio de uma doença oncológica e, especialmente, quando se trata de casos terminais.

Na hora da finalização deste trabalho fica a sensação de uma alegria que advém da ajuda prestada ao outro. Apesar desta investigação não ter um fim ou carácter terapêutico, mas sim de observação e avaliação de casos, as relações que se estabeleceram permitiram a criação de espaços que foram, sem dúvida, úteis para estas pessoas, em alturas tão cruciais das suas vidas. Fica também a saudade e o sentimento do muito trabalho que há, ainda, por fazer.

“O amor, se existiu, permanece e as recordações também. Continuamos a viver nos corações daqueles que tocámos e alimentámos quando estavam vivos. A morte põe fim à vida, mas não à relação.” (Hennezel, 2006, p.186)

REFERÊNCIAS

Abiven, M., et al. (2001). Para uma morte mais humana: Experiência de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos. Loures: Lusociência. (Obra original publicada em Francês 1997)

Ahmedzai, S. & Walsh, D. (2000). Palliative medicine and modern cancer care. Seminars in Oncology, 27 (1), 1-6.

Ajuriaguerra, J. & Marcelli, D. (1991). Manual de psicopatologia infantil. Porto Alegre: Arte Médicas. (Obra original publicada em Francês 1984)

Aleixo, A. (1998). Este livro que vos deixo... (13ª ed.). Loulé: Editorial Notícias.

American Psychiatric Association (1996). DSM-IV: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (4ª ed.). Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em Inglês 1994).

Ariés, P. (1989). Sobre a história da morte no ocidente desde a idade média (2ª ed.). Lisboa: Editorial Teorema. (Obra original publicada em Francês 1975)

Asociacion Española Contra el Cancer (1994). Manual del voluntariado en cuidados paliativos. Espanha: Autor.

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006). Organização de serviços em cuidados paliativos: Recomendações da ANCP. [Online]. Available: http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf. (02 Out. 2007)

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2008). Equipas de cuidados paliativos. [Online]. Available: <http://www.apcp.com.pt/index.php> (20 Fev. 2008)

Bacalhau, M. (1997). Promoção da qualidade de vida em doentes oncológicos. Dissertação de mestrado, em Psicoterapia e Psicologia da Saúde apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Barnabé, R. (1997). Qualidade de vida, relação conjugal e satisfação sexual em mulheres mastectomizadas e mulheres tumorectomizadas: Um estudo comparativo. In J. Ribeiro (Ed.), Actas do 2º congresso nacional de psicologia da saúde (pp. 215-230). Lisboa: I.S.P.A.

Beck, A. et al. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.

Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (1993). Manual for the beck depression inventory. San Antonio: The Psychological Corporation.

Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (1996). BDI – II: Manual. San Antonio: The Psychological Corporation.

Becker, E. (1973). The denial of death. New York: Free Press.

Bishop, G. (1994). Health psychology: Integrating mind and body. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Black, D. (1994). Psychological reactions to life-threatening and terminal illnesses and bereavement. In M. Rutter et al. (Eds.), Child and adolescent psychiatry: Modern approaches (pp. 776-791). London: Blackwell Scientific Publ.

Bosshard, G., et al. (2002). Open regulation and practice in assisted dying. Swiss Med. Wkly, 132 (37-38), 527-534.

Botelho, L. (1998). Instituto português de oncologia Francisco Gentil - 75º Aniversário. Lisboa: Elo.

Brannon, L. & Feist, J. (1992). Health psychology: An introduction to behavior and health (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.

Brazil, K., et al. (2003). Caregiving and its impact on families of the terminally ill. Aging Mental Health, 7 (5), 376-382.

Breitbart, W., et al. (2000). Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. JAMA, 284 (22), 2907-2911.

Brown, M. & Stetz, K. (1999). The labor of caregiving: A theoretical model of caregiving during potentially fatal illness. Qualitative Health Research, 9 (2), 182-197.

Brumley, E., et al. (2003). Effectiveness of a home-based palliative care program for end-of-life. Journal of Palliative Medicine, 6, (5) 715-724.

Bruera, E., et al. (2000). Attitudes and beliefs of palliative care physicians regarding communication with terminally ill cancer patients. Palliative Medicine, 14, (4) 287-298.

Budge, E. A. (2006). O livro egípcio dos mortos (6ª ed.). São Paulo: Pensamento. (Tradução da versão inglesa 1923 da obra original egípcia s.d.)

Carey, R. (1974). Emotional adjustment in terminal patients: A quantitative approach. Journal of Counselling Psychology, 21, 433-439.

Carroll, D. (1992). Health psychology: Stress, behavior and disease. Bristol: Falmer Press.

Carter, P. & Chang, B. (2000). Sleep and depression in cancer caregivers. Cancer Nursing, 23 (6), 410-415.

Casarett, D. et al., (2001) Life after death: A practical approach to grief and bereavement. Ann. Intern. Med. 134, 208-215.

Centeno, C. et al. (2000). Spain: Palliative care programs in Spain, 2000: A national survey. Journal of Pain and Symptom Management, 24 (2), 245-251.

Chabert, C. (1998). O rorschach na clínica do adulto. Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em Francês 1997)

Clark, D. (2002) Cicely Saunders. New York: Oxford University Press.

Costa, P. & VandenBos, G. (Eds.) (1990). Psychological aspects of serious illness: Chronic conditions, fatal diseases, and clinical care. Washington, DC: APA.

Cruz, J. (2004). Morte cerebral: Do conceito à ética. Lisboa: Climepsi.

Cruz, M. (1995). Teorias sociológicas: Os fundadores e os clássicos (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Dean, A. (2002). Talking to dying patients of their hopes and needs. Nurs. Times, 98, (43) 34-35.

Dias, M. & Durá, E. (Eds.) (2002). Territórios da psicologia oncológica. Lisboa: Climepsi.

Direcção Geral de Saúde (2004). Plano nacional de cuidados paliativos. [Online]. Available: <http://www.dgs.pt> (02 Out. 2007)

Doyle, D., Hanks, G. & Macdonald, N. (Eds.) (1993). Oxford textbook of palliative medicine. Oxford: Oxford Medical Publications.

Drolet, J. (1990). Transcending death during early adulthood: Symbolic immortality, death anxiety and purpose in life. Journal of Clinical Psychology, 46 (2), 148-160.

Drouot, P. (1995). Nós somos todos imortais (3ª ed.). Rio de Janeiro: Record. (Obra original publicada em Francês 1988)

Drouot, P. (1996). Reencarnação e imortalidade: Das vidas passadas às vidas futuras (5ª ed.). Rio de Janeiro: Record. (Obra original publicada em Francês 1989)

Eizirik, C. et al. (1998). Psicoterapia do luto normal e patológico. In A. V. Cordioli (Ed.), Psicoterapias: Abordagens atuais (pp.293-299). Porto Alegre: Artes Médicas.

Emanuel, E. et al. (1999). Assistance from family members, friends, paid caregivers, and volunteers in the care of terminally ill patients. The New England Journal of Medicine, 341 (13), 956-963.

Evans-Wentz, W. (Ed.) (2000). O livro tibetano dos mortos. São Paulo: Pensamento. (Tradução da versão inglesa 1960 da obra original s.d.)

Fallowfield, L. (1990). Quality of life: The missing measurement in health care. London: Condor Book.

Farberman, R. (1997). Terminal illness and hastened death requests: The important role of the mental health professional. Professional Psychology: research and Practice, 28, (6) 544-547.

Fava, G., & Freyberger, H. (1998). Handbook of psychosomatic medicine. Madison: International Universities.

Figueiredo, E. (1993). Angústia ecológica e o futuro. Lisboa: Gradiva.

Fink, G. (Ed.) (2000). Encyclopedia of stress, Vols. 1, 2. San Diego: Academic Press.

Firmino, J. (1991). As ideias de morte em crianças dos 7 aos 11 anos. (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Flammarion, C. (1990). A morte e o seu mistério, Vol. 3 (4^a ed.). Rio de Janeiro: FEB.

Florian, V., & Mikulincer, M. (1998). Symbolic immortality and the management of the terror of death: The moderating role of attachment style. Journal of Personality and Social Psychology, 74 (3), 725-734.

Fleming, D. (2003). The burden of caregiving at the end-of-life. Mo. Med., 100 (1), 82-86.

Freud, S. (1957). Thoughts for the times on war and death. In J. Strachey (Ed. and Trans.). The standard edition of complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 22, pp. 197-215). London: Hogarth Press. (Original work published 1915)

Gesell, A., et al. (1977). A criança dos 5 aos 10 anos. Lisboa: Publicações Dom Quixote. (Obra original publicada em Inglês 1974)

Grunfeld, E., et al. (2004) Family caregiver burden: Results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principle caregivers. Canadian Medical Association Journal, 170 (12), 1795-1801

Haynal, A., Pasini, W. & Archinaro, M. (1998). Medicina psicossomática: Perspectivas psicossociais. Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em Francês 1978)

Hendersen, R., et al. (2001). Accuracy of point predictions in survival analysis. Statistics in Medicine, 20 (20), 3083-3096.

Hennezel, M. (2000). Diálogo com a morte (4ª ed.). Lisboa: Editorial Notícias. (Obra original publicada em Francês 1996)

Hennezel, M. (2006). Morrer de olhos abertos. Cruz Quebrada: Casa das Letras. (Obra original publicada em Francês 2005)

Hennezel, M., & Leloup, J. (1999). A arte de morrer: Tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na actualidade (2ª ed.). Petrópolis: Editora Vozes. (Obra original publicada em Francês 1997)

Hickman, S., et al. (2004). Family perceptions of worry, symptoms, and suffering in the dying. J. Palliat. Care, 20 (1), 20-27.

Hinkka, H., et al. (2001). To resuscitate or not: A dilemma in terminal care. Resuscitation, 49 (3), 289-297.

Holland, J. (1990). Clinical course of cancer. In J. Holland & J. Rowland (Eds.), Handbook of psychooncology (pp.75-99). New York: Oxford Univ. Press.

Holland, J. (2003) Psychological care of patients: Psycho-oncology's contribution. Journal of Clinical Oncology, 21 (23), 253-256.

Hudson, P. (2003). Psychiatric disorder in a palliative care unit. The Medical Journal of Australia, 179 (6), 35-37.

Ingleton, C. et al. (2003). Respite in palliative care: A review and discussion of the literature. Palliative Medicine, 17 (7), 567-575.

Instituto Português de Oncologia. (1941). O problema do cancro. Lisboa: Cosmos.

Ita, D., et al. (2003) Psychiatric disorder in a palliative care unit. Palliative Medicine, 17 (2), 212-218.

Jankélévitch, V. (1977) La mort. Paris : Flammarion.

Jones, A. (1999). "A heavy and blessed experience": A psychoanalytic study of community macmillan nurses and their roles in serious illness and palliative care. Journal of advanced nursing, 30 (6), 1297-1303.

Kastenbaum, R., & Aisenberg, R. (1983). Psicologia da morte. São Paulo: Novos Ubrais. (Obra original publicada em Inglês 1976)

Kirchling, J., & Osmont, K. (1992-1993). Bereavement network: A community based group. Omega, *26* (2), 119-127.

Kissane, D., et al. (2001). Demoralization syndrome: A relevant psychiatric diagnosis for palliative care. J. Palliat. Care, *17* (1), 12-21.

Kleespies, P., et al. (2000). Suicide in the medically and terminally ill: Psychological and ethical considerations. J. Clin. Psychol., *56* (9), 1153-1171.

Klein, M. (1948). Contribution to the theory of anxiety and guilt. International Journal of Psycho-Analyses, *29* (2), 114-123.

Kolesnicov, P. (2004). Biografia do meu cancro. Lisboa: Caminho. (Obra original publicada em espanhol 2002)

Kramer, K. (1988). The sacred art of dying: How world religions understand death. New York: Paulist Press.

Kristine, A., et al. (2000). The dying cancer patient. Seminars in Oncology, *27* (1), 84-89.

Kubler-Ross, E. (1991). On life after death. Berkeley, CA: Celestial Arts.

Kubler-Ross, E. (1998a). Sobre a morte e o morrer (8ª ed.). S. Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em Inglês 1969)

Kubler-Ross, E. (1998b). A roda da vida (10ª ed.). Rio de Janeiro: Sextante. (Obra original publicada em Inglês 1998)

Lamont, E. & Christakis, N. (1999). Some elements of prognosis in terminal cancer. Oncology, 13 (8), 1165-1170.

Lander, M., et al. (2000). Depression and the dying older patient. Clin. Geriatr. Med., 16 (2), 335-356.

Lawlor, P. & Bruera, E. (2002) Delirium in patients with advanced cancer. Hematol. Oncol. Clin. North Am., 16 (3), 701-714.

Leal, I. (1999). Entrevista clínica e psicoterapia de apoio. Lisboa: ISPA.

Leff, L. (1999). Sentimento de imortalidade simbólica e a ansiedade perante a morte entre gerações. Aletheia, 9, 93-98.

Lemonick, M., & Park, A. (2001). Cancer update: New hope for cancer. Time, 157 (21), p.55-63.

Levine, S. & Levine, O. (1982). Who dies? An investigation of conscious living and conscious dying. New York: Anchor Books.

Levy, S. (1990). Humanizing death: Psychotherapy with terminally ill patients. In G. Herek (Ed.), Psychological aspects of serious illness: Chronic conditions, fatal diseases, and clinical care (pp. 187-213). Washington: APA.

Lifton, R. (1973). The sense of immortality: On death and the continuity of life. American Journal of Psychoanalysis, 33, 3-15.

Lifton, R., & Olson, E. (1974). Living and dying. New York: Praeger.

Lloyd Williams, M. (2000). Difficulties in diagnosing and treating depression in the terminally ill cancer patient. Postgrad. Med. J., 76 (899), 555-558.

Lloyd Williams, M. & Payne, S. (2003). A qualitative study of clinical nurse specialists' views on depression in palliative care patients. Palliative Medicine, 17 (4), 334-338.

Mann, et al. (2004). Caring for patients and families at the end of life: Withdrawal of intensive care in the patient's home. N. Z. Med. J., 117 (1196), U395.

Marques, M. S. et al. (2008). Humanização dos cuidados paliativos em contexto domiciliário. Manuscrito não publicado.

Matos, A. C. (1999a). Ser único e ter rosto: O binómio resiliente. Revista Portuguesa de Psicossomática, 1 (1), 11-21.

Matos, A. C. (1999b). Psicanálise, psicossomática e imunidade. Revista Portuguesa de Psicossomática, 1 (2), 9-16.

Matos, A. C. (2003). Mais amor - Menos doença. A psicossomática revisitada. Lisboa: Climepsi.

Mathews, R., & Mister, R. (1987-1988). Measuring an individual's investment in the future: Symbolic sensation seeking, and psychic numbness. Omega, 18 (3), 161-173.

McCarthy, E., et al. (2000). Dying with cancer: Patients' function, symptoms, and care preferences as death approaches. J. Am. Geriatr. Soc., 48, (5 Suppl) S110-121.

Mello, J., et al. (1992). Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas.

Minean, J., & Brush, L. (1980-1981). The correlations of attitudes toward suicide with death anxiety, religiosity, and personal closeness. Omega, 11, 317-324.

Moody, R. (1981). Vida depois da vida. Lisboa: Bertrand. (Obra original publicada em Inglês 1976)

Moreira, I. (2001). O doente terminal em contexto familiar: Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família. Coimbra: Formasau.

Morin, E. (1997). O homem e a morte. Lisboa: Europa-América. (Obra original publicada em Francês 1970)

Neimeyer, R. (Ed.) (1994). Death anxiety handbook: Research, instrumentations and application. New York: Taylor & Francis.

Nicassio, P. & Smith, T. (Eds.) (1996). Managing chronic illness: A biopsychosocial perspective (2nd ed.). Washington, DC: APA.

Nishimoto, P., & Foley, J. (2001). Cultural beliefs of asian Americans associated with terminal illness and death. Semin. Oncol. Nurs., 17 (3), 179-189.

Oliveira, E., Pedrosa, C. & Pires, R. (1994). Da célula ao universo. Lisboa: Texto Editora.

Organização Mundial de Saúde (2007). Portugal: Health system review 2007. [Online]. Available: <http://www.euro.who.int/document/E90670> (10 Jan. 2008)

Pacheco, S. (2002). Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva ética. Loures: Lusociência.

Parasuraman, A, Zeithaml, V. & Berry, L. (1988). Servqual: Multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. Journal of retailing, 54 (1), 12-40.

Parkes, C. (1997). Coping with death and dying. In A. Baum (Ed.), Cambridge handbook of psychology health and medicine (pp. 91-94). Seattle: Hogrefe & Huber.

Parkes, C. (1998). Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus Editorial. (Obra original publicada em Inglês 1996)

Parkes, C. et al. (Eds.) (2003). Morte e luto através das culturas. Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em Inglês 1997)

Parreira, P. (1998). Contacto com a morte e síndrome de burnout: Estudo comparativo com três grupos de enfermeiros de oncologia. Dissertação de mestrado, em Comportamento Organizacional apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Pattison, E. (1974). Help in the dying process. In S. Arieti (Ed.), Handbook of psychiatry (Vol. 1, pp.685-701). New York: Basic Books.

Pereira, M. C., & Lopes, C. (2002). O doente oncológico e a sua família. Lisboa: Climepsi.

Perreault, A., et al. (2004). The experience of family members caring for a dying loved one. Int. J. Palliat. Nurs., 10 (3), 133-143.

Pessoa, F. (1989). Poesia mágica, profética e espiritual: Poemas estabelecidos e comentados por P. Mota. Lisboa: Edições Manuel Lencastre.

Platão (1997). Clássicos gregos e latinos: Fedro. Lisboa: Edições 70. (Tradução da versão em língua inglesa 1903 da obra original grega s.d.)

Pollock, R. et al. (2006). Manual de oncologia clínica da UICC (8ª ed.). São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo. (Obra original publicada em Inglês 2004)

Post, S., et al. (2000). Physicians and patient spirituality: Professional boundaries, competency and ethics. Ann. Intern. Med., 132 (7), 578-583.

Proteste (2000). Cuidados paliativos e eutanásia: Humanizar a morte. Proteste, 209, 16-491.

Quevauvilliers, J. & Perlemuter, L. (2003). Dicionário ilustrado de medicina (2ª ed.). Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em Francês 2001)

Rabow, M., Hauser, J. & Adams, J. (2004). Supporting family caregivers at the end of life: They don't know what they don't know. JAMA, 291 (4), 483-491.

Ratner, E. et al. (2001). Death at home following a targeted advance-care planning process at home: The Kitchen table discussion. J. American Geriatric Soc., 49 (6), 778-781.

Rebelo, J. E. (2004). Desatar o nó do luto. Lisboa: Editorial Notícias.

Rogers, M. (1989). The interaction between brain behavior and immunity. In S. Cheren (Ed.), Psychosomatic medicine: Theory, physiology and practice (Vol. 1, pp. 279-330). Connecticut: International University Press.

Rosen, J., & Schulkin, J. (1998). From normal fear to pathological anxiety. Psychological Review, 105 (2), 325-350.

Rossi Ferrario, S. et al. (2004). Advanced cancer at home: caregiving and bereavement. Palliative Medicine, 18 (2), 129-136.

Ruddick, W. (1994). Transforming homes and hospitals. Hastings Cent. Rep., 24 (5 Suppl), S11-14.

Ruffié, J. (1986). O sexo e a morte. Lisboa: Martins Fontes. (Obra original publicada em Francês 1986)

Sulmasy, D. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the en of life. Gerontologist, 42 (3), 24-33.

Sami-Ali (1992). Pensar o somático: Imaginário e patologia. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. (Obra original publicada em Francês 1987)

Sami-Ali (2000). L'impasse relationnelle : Temporalité et cancer. Paris: Dunod.

Sami-Ali, et al. (2000). Recherche en psychosomatique: Le cancer. Paris: EDK.

Sami-Ali, et al. (2001). Sonho e psicossomática. Lisboa: Dinalivro. (Obra original publicada em Francês 1992)

Sami-Ali, et al. (2004). Manual de terapias psicossomáticas. Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em Francês 2001)

Sapolsky, R. (1992). Neuroendocrinology of the stress-response. In J. Becker, S. Breedlove & D. Crews (Eds.), Behavioral endocrinology (pp.287-324). Massachusetts: MIT Press.

Saramago, J. (2005). As intermitências da morte. Lisboa: Caminho.

Sherif, T., et al. (2001) Adult oncology and chronically ill patients: Comparison of depression, anxiety and caregivers' quality of life. East Mediterr. Health J., 7 (3), 502-509.

Shroder, T. (2001). Almas antigas: A busca de evidências científicas da reencarnação. Rio de Janeiro: Editora Sextante. (Obra original publicada em Inglês 2001)

Silva, J., et al. (1997-1998). Texto de apoio: Métodos e técnicas de investigação em psicologia, Vols. 1,2. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Sobrinho, et al. (1996). Espiritismo de A a Z. Brasília: FEB.

St. Clair, M. (1999). O mistério da morte: A experiência de quase-morte. Lisboa: Editorial Estampa. (Obra original publicada em Inglês 1997)

St. Clair, M. (2000) An unfortunate family: Terminal illness and the altering of the attachment bond. American J. Psychotherapy, 54 (4), 512-518.

Stagno, J., et al. (2000). Bioethics: Communication and decision-making in advanced disease. Seminars in Oncology, 27, (1) 94-100.

Stedeford, A. (1986). Encarando a morte. Porto Alegre: Coleção Artes Médicas. (Obra original publicada em Inglês 1981)

Stern, M. (1968). Fear of death and trauma: Remarks about an addendum to psychoanalytic theory and technique. International Journal of Psycho-Analyses, 49, 457-460.

Stoll, B. (1986). Psychosomatic aspects of cancer. In M. Christie & P. Mellett (Eds.), The psychosomatic approach: Contemporary practice of whole-person care (pp. 395-418) Chichester: John Wiley & Sons.

Straub, R. et al. (2005). Psicologia da Saúde. Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em Inglês 2002)

Stroebe, M. et al. (2000). On the classification and diagnosis of pathological grief. Clinical Psychology Review, 20 (1), 57-75.

Tager, D. (2001). Viver a morte. Lisboa: Estampa. (Obra original publicada em Francês 1999)

Templer, D. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. Journal of General Psychology, 82, 165-177.

TenDam, H. (1997). Cura profunda: A metodologia da terapia de vida passada. São Paulo: Editorial Summus. (Obra original publicada em Inglês 1993)

Teno, J., et al. (2004). Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. JAMA, 291 (1), 88-93.

Thieleman, P. (2000). Educational needs of home caregivers of terminally ill patients: Literature review. Am. J. Hosp. Palliat. Care, 17 (4), 253-257.

Thorson, J., & Powell, F. (1988). Elements of death anxiety and meanings of death. Journal of Clinical Psychology, 44, 691-701.

Thorson, J., & Powell, F. (1992). A revised death anxiety scale. Death Studies, 16, 507-521.

Tierman, E., et al. (2002) Relations between desire for early death, depressive symptoms and antidepressant prescribing in terminally ill patients with cancer. J. R. Soc. Med., 95 (8), 386-390.

Três perguntas a António Lourenço Marques. (2004, Agosto 11). Jornal O Público.

Tse, C., et al. (2003). Breaking bad news: A chinese perspective. Palliative Medicine, 17, (4) 339-343.

Twycross, R. (2003). Cuidados Paliativos (2^a ed.). Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em Inglês 2003)

Urbain, J. (1997). Morte. In Enciclopédia Einaudi (Vol. 36, pp. 381-412). Porto: Imprensa Nacional – Casa da Moeda.

Van Loon, R. (1999). Desire to die in terminally ill people: A framework for assessment and intervention. Health Soc. Work., 24 (4), 260-268.

Vandecreek, L. (1994). Trying to live forever: Correlates to the belief in life after death. Journal of Pastoral Care, 48 (3), 273-280.

Vaz Serra, A. & Pio Abreu, J. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I. – Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. Coimbra Médica, 20, 623-644.

Walden-Galuszko, K. (1996). Prevalence of psychological morbidity in terminally ill cancer patients. Psycho-Oncology, 5 , 45-49.

Weiss, B. (1999). O passado cura: A terapia através de vidas passadas. Cascais: Pergaminho. (Obra original publicada em Inglês 1993)

Weiss, B. (2000). A divina sabedoria dos mestres: Um guia para a felicidade, alegria e paz interior. Cascais: Pergaminho. (Obra original publicada em Inglês 2000)

Weitzner, M., et al. (2000). The family caregiver of the older patient. Hematology/Oncology Clinics of North America, 14 (1), 88-93.

World Medical Association (1983). Declaration of Venice on terminal illness. B. Med. J., 287 (6405), 1646.

Wolf, V. (2002). As ondas. Porto: Público. (Obra original publicada em Inglês 1931)

Woolger, R. (2000). As várias vidas da alma: Um psicoterapeuta junguiano descobre as vidas passadas (9ª ed.). São Paulo: Cultrix. (Obra original publicada em Inglês 1987)

Worden, J. W. (1998). Terapia do luto: Um manual para o profissional de saúde mental (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em Inglês 1991)

Yuen, et al. (2003). Palliative care at home: General practitioners working with palliative care teams. The Medical Journal of Australia, 179 (6 Suppl), S38-40.

ANEXOS

Anexo A: Inventário Depressivo de Beck – Caso Clínico 2

Anexo B: Inventário Depressivo de Beck – Caso Clínico 3

Anexo A

Este questionário é constituído por vários grupos de afirmações. Assinale com um círculo o número da resposta que melhor descreve a forma como se sentiu durante as últimas duas semanas, incluindo hoje.

A.

- 0. Não me sinto triste.
- 1. Ando neura ou triste.
- 2. Sinto-me neura ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo.
- 2. Estou tão triste ou infeliz que se torna penoso para mim.
- 3. Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais.

B.

- 0. Não estou demasiado(a) pessimista, nem me sinto desencorajado(a) em relação ao futuro.
- 1. Sinto-me com medo do futuro.
- 2. Sinto que não tenho nada a esperar do futuro.
- 2. Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas.
- 3. Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.

C.

- 0. Não tenho a sensação de ter fracassado.
- 1. Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas.
- 1. Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado.
- 2. Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracasso.
- 3. Sinto-me completamente falhado(a) como pessoa (pai, mãe, marido, mulher).

D.

- 0. Não me sinto descontente com nada em especial.
- 1. Sinto-me aborrecido(a) a maior parte do tempo.
- 1. Não sinto satisfação com as coisas que me alegravam anteriormente.
- 2. Nunca mais consigo obter satisfação seja com quem for.
- 3. Sinto-me descontente com tudo.

E.

0. Não me sinto culpado(a) de nada em particular.
1. Sinto grande parte do tempo que sou mau/má ou que não tenho qualquer valor.
2. Sinto-me bastante culpado(a).
2. Agora sinto, permanentemente, que sou mau/má ou que não tenho qualquer valor.
3. Considero que sou muito mau/má e que não valho absolutamente nada.

F.

0. Não sinto que esteja a ser vítima de qualquer castigo.
1. Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal.
2. Sinto que estou a ser castigado(a) ou que em breve o serei.
3. Sinto que mereço ser castigado(a).
3. Quero ser castigado(a).

G.

0. Não me sinto descontente comigo.
1. Estou desiludido(a) comigo mesmo.
1. Não gosto de mim.
2. Estou bastante desgostoso(a) comigo.
3. Odeio-me.

H.

0. Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa.
1. Critico-me a mim mesmo(a), pelas minhas fraquezas ou erros.
2. Culpo-me pelas minhas próprias falhas.
2. Acuso-me por tudo de mal que me acontecesse.

I.

0. Não tenho qualquer ideia de fazer mal a mim mesmo(a).
1. Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar.
2. Sinto que seria melhor morrer.
2. Creio que seria melhor para a minha família que eu morresse.
2. Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de pôr termo à vida.
3. Matar-me-ia se tivesse oportunidade.

J.

0. Actualmente não choro mais do que o costume.
1. Choro mais agora do que habitualmente.
2. Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo.
3. Costumava ser capaz de chorar, mas agora, mesmo quando tenho vontade, não consigo.

K.

- 0. Não ando mais irritado(a) do que anteriormente.
- 1. Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente.
- 2. Sinto-me permanentemente irritado(a).
- 3. Já não consigo ficar irritado(a) por coisas que me irritavam anteriormente.

L.

- 0. Não perdi o interesse que tinha nas pessoas.
- 1. Sinto menos interesse pelos outros.
- 2. Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas.
- 3. Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importo absolutamente nada por elas.

M.

- 0. Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente.
- 1. Actualmente sinto-me menos seguro(a) e evito tomar decisões.
- 2. Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda de outras pessoas.
- 3. Sinto-me completamente incapaz de tomar decisões.

N.

- 0. Não acho que tenha pior aspecto do que o costume.
- 1. Estou aborrecido(a) porque estou a parecer velho(a) ou pouco atraente.
- 2. Sinto que houve alterações irreversíveis na minha aparência que me torna pouco atraente.
- 3. Sinto que sou feio(a) ou que tenho um aspecto repulsivo.

O.

- 0. Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente.
- 1. Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar.
- 1. Não consigo trabalhar tão bem como dantes.
- 2. Tenho de fazer um grande esforço para fazer seja o que for.
- 3. Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.

P.

- 0. Consigo dormir tão bem como dantes.
- 1. Acordo mais cansado(a) de manhã do que era habitual.
- 2. Acordo cerca de ½ horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar adormecer.
- 3. Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que horas.

Q.

0. Não me sinto mais cansado(a) do que o habitual.
1. Fico cansado(a) com mais facilidade do que antigamente.
2. Fico cansado(a) quando faço seja o que for.
3. Sinto-me tão cansado(a) que sou incapaz de fazer o que quer que seja.

R.

0. O meu apetite é o mesmo de sempre.
1. O meu apetite não é tão bom como costumava ser.
2. Actualmente o meu apetite está muito pior.
3. Perdi completamente todo o apetite que tinha.

S.

0. Não tenho perdido muito peso, se é que ultimamente perdi algum.
1. Perdi mais de 2,5 Kg de peso.
2. Perdi mais de 5 Kg de peso.
3. Perdi mais de 7,5 Kg de peso.

T.

0. A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.
1. Sinto-me preocupado(a) com dores, sofrimento, má disposição no estômago, prisão de ventre ou com outras sensações físicas desagradáveis no meu corpo.
2. Estou tão preocupado(a) com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa.
3. Encontro-me totalmente preocupado(a) com a forma como me sinto.

U.

0. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual.
1. Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava estar.
2. Actualmente sinto-me menos interessado(a) pela vida sexual.
3. Perdi completamente o interesse pela vida sexual.

Obrigado pela sua colaboração.

TOTAL: 26 PONTOS

Anexo B

Este questionário é constituído por vários grupos de afirmações. Assinale com um círculo o número da resposta que melhor descreve a forma como se sentiu durante as últimas duas semanas, incluindo hoje.

A.

0. Não me sinto triste.
1. Ando neura ou triste.
2. Sinto-me neura ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo.
2. Estou tão triste ou infeliz que se torna penoso para mim.
3. Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais.

B.

0. Não estou demasiado(a) pessimista, nem me sinto desencorajado(a) em relação ao futuro.
1. Sinto-me com medo do futuro.
2. Sinto que não tenho nada a esperar do futuro.
2. Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas.
3. Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.

C.

0. Não tenho a sensação de ter fracassado.
1. Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas.
1. Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado.
2. Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracasso.
3. Sinto-me completamente falhado(a) como pessoa (pai, mãe, marido, mulher).

D.

0. Não me sinto descontente com nada em especial.
1. Sinto-me aborrecido(a) a maior parte do tempo.
1. Não sinto satisfação com as coisas que me alegravam anteriormente.
2. Nunca mais consigo obter satisfação seja com quem for.
3. Sinto-me descontente com tudo.

E.

0. Não me sinto culpado(a) de nada em particular.
1. Sinto grande parte do tempo que sou mau/má ou que não tenho qualquer valor.
2. Sinto-me bastante culpado(a).
2. Agora sinto, permanentemente, que sou mau/má ou que não tenho qualquer valor.
3. Considero que sou muito mau/má e que não valho absolutamente nada.

F.

0. Não sinto que esteja a ser vítima de qualquer castigo.
1. Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal.
2. Sinto que estou a ser castigado(a) ou que em breve o serei.
3. Sinto que mereço ser castigado(a).
3. Quero ser castigado(a).

G.

0. Não me sinto descontente comigo.
1. Estou desiludido(a) comigo mesmo.
1. Não gosto de mim.
2. Estou bastante desgostoso(a) comigo.
3. Odeio-me.

H.

0. Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa.
1. Critico-me a mim mesmo(a), pelas minhas fraquezas ou erros.
2. Culpo-me pelas minhas próprias falhas.
2. Acuso-me por tudo de mal que me acontecesse.

I.

0. Não tenho qualquer ideia de fazer mal a mim mesmo(a).
1. Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar.
2. Sinto que seria melhor morrer.
2. Creio que seria melhor para a minha família que eu morresse.
2. Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de pôr termo à vida.
3. Matar-me-ia se tivesse oportunidade.

J.

0. Actualmente não choro mais do que o costume.
1. Choro mais agora do que habitualmente.
2. Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo.
3. Costumava ser capaz de chorar, mas agora, mesmo quando tenho vontade, não consigo.

K.

0. Não ando mais irritado(a) do que anteriormente.
1. Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente.
 2. Sinto-me permanentemente irritado(a).
 3. Já não consigo ficar irritado(a) por coisas que me irritavam anteriormente.

L.

0. Não perdi o interesse que tinha nas pessoas.
1. Sinto menos interesse pelos outros.
 2. Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas.
 3. Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente nada por elas.

M.

0. Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente.
1. Actualmente sinto-me menos seguro(a) e evito tomar decisões.
 2. Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda de outras pessoas.
 3. Sinto-me completamente incapaz de tomar decisões.

N.

0. Não acho que tenha pior aspecto do que o costume.
1. Estou aborrecido(a) porque estou a parecer velho(a) ou pouco atraente.
 2. Sinto que houve alterações irreversíveis na minha aparência que me torna pouco atraente.
 3. Sinto que sou feio(a) ou que tenho um aspecto repulsivo.

O.

0. Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente.
1. Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar.
 1. Não consigo trabalhar tão bem como dantes.
 2. Tenho de fazer um grande esforço para fazer seja o que for.
 3. Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.

P.

0. Consigo dormir tão bem como dantes.
1. Acordo mais cansado(a) de manhã do que era habitual.
 2. Acordo cerca de ½ horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer.
 3. Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que horas.

Q.

0. Não me sinto mais cansado(a) do que o habitual.
1. Fico cansado(a) com mais facilidade do que antigamente.
2. Fico cansado(a) quando faço seja o que for.
3. Sinto-me tão cansado(a) que sou incapaz de fazer o que quer que seja.

R.

0. O meu apetite é o mesmo de sempre.
1. O meu apetite não é tão bom como costumava ser.
2. Actualmente o meu apetite está muito pior.
3. Perdi completamente todo o apetite que tinha.

S.

0. Não tenho perdido muito peso, se é que ultimamente perdi algum.
1. Perdi mais de 2,5 Kg de peso.
2. Perdi mais de 5 Kg de peso.
3. Perdi mais de 7,5 Kg de peso.

T.

0. A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.
1. Sinto-me preocupado(a) com dores, sofrimento, má disposição no estômago, prisão de ventre ou com outras sensações físicas desagradáveis no meu corpo.
2. Estou tão preocupado(a) com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa.
3. Encontro-me totalmente preocupado(a) com a forma como me sinto.

U.

0. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual.
1. Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava estar.
2. Actualmente sinto-me menos interessado(a) pela vida sexual.
3. Perdi completamente o interesse pela vida sexual.

Obrigado pela sua colaboração.