



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**A EXPERIÊNCIA DA PESSOA COM DOR CRÓNICA DO FORO
ONCOLÓGICO**

UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

Por

Cidália de Fátima Carvoeiras Nobre

Instituto de Ciências da Saúde

Março / 2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**A EXPERIÊNCIA DA PESSOA COM DOR CRÓNICA DO FORO
ONCOLÓGICO**

UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

Por

Cidália de Fátima Carvoeiras Nobre

Instituto de Ciências da Saúde

Sob orientação da Professora Doutora Felismina Rosa Pereira Mendes

Março / 2013

RESUMO

A dor crónica do foro oncológico caracteriza-se por ser uma experiência subjetiva, individual e multidimensional, pois envolve a dimensão física, a psicológica, a social e a espiritual. Definiu-se como objetivo deste estudo: Compreender como é que a pessoa experiencia a dor crónica do foro oncológico. Desta forma, os nossos propósitos levaram-nos a optar por um método de investigação qualitativo de orientação fenomenológica, na perspetiva de Martin Heidegger. A amostra feita intencionalmente foi constituída por doentes seguidos na consulta da dor, do Hospital José Joaquim Fernandes – Beja. Como instrumento de colheita de dados optámos pela entrevista parcialmente estruturada, sendo os temas propostos: a descrição da dor; o viver o dia-a-dia com a dor; a forma de lidar com as limitações impostas pela dor/doença e as estratégias de gestão utilizadas no controle da dor. Após a recolha de dados e a sua transcrição, procedemos às diferentes etapas da redução fenomenológica tendo por base a metodologia preconizada por Deschamps (1993), que teve o seu início com a colocação em evidência do sentido global do texto. De seguida procedemos à identificação das unidades de significação, posteriormente efetuámos o desenvolvimento do conteúdo das unidades de significação e por fim elaborámos a síntese do conjunto das unidades de significação. Através do agrupamento das unidades de significação, emergiram os temas principais: o Ser-aí e o significado da dor; a relação do Dasein na experiência da dor crónica do foro oncológico; a angústia decorrente da proximidade da morte; a transcendência na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico; a ambiguidade da solicitude, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico e a aprendizagem, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico. Os resultados do estudo confirmam que o significado de “dor” é único para cada pessoa, mostram que a perda de papéis dentro da família traduziu-se em sentimentos de impotência e de tristeza. A angústia decorrente da proximidade da morte, sentida em alguns dos entrevistados, revela as questões do sentido da vida/morte, da finitude e as manifestações de resignação, medo, tristeza e revolta, bem como o aceitar o sofrimento, na tentativa de encontrar-lhe um sentido, capaz de lhes proporcionar crescimento interior. Verificámos também que a esperança, descrita como uma força interior, dá-lhes uma capacidade de transcendência capaz de impulsionar o pensamento positivo e influenciar o bem-estar físico, psicológico, social e espiritual. A atenção diferenciada e a preocupação

manifestadas pela família são reconhecidas, pelos sujeitos do estudo, como manifestações de apoio, mas também produzem nos mesmos uma ambiguidade de sentimentos. Alguns dos entrevistados, consideram que aprenderam com a doença e cresceram interiormente, ao desenvolverem abertura espiritual, disponibilidade interior e compaixão pelo sofrimento dos que estão à sua volta. Como propostas futuras, este estudo pode constituir uma base para novas pesquisas neste âmbito e possibilitar a reflexão dos enfermeiros, enquanto seres de cuidado e conseqüentemente proporcionar o enriquecimento e crescimento interior dos mesmos, para que possam cuidar e dar sentido às suas intervenções de forma mais autêntica e personalizada.

Palavras-chave: Dor crónica, Doença oncológica, Pessoa doente, Enfermeiros

ABSTRACT

Chronic pain due to oncological diseases is a subjective, individual and multidimensional experience, as it involves the physical, psychological, social and spiritual dimensions. The study goal was determined to be: understand how a person experiences chronic oncological pain. So, our intentions made us to choose a qualitative investigation method with a phenomenological orientation, according to Martin Heidegger's perspective. The sample was intentionally built and consist of patients who are accompanied by the pain health care team of the "José Joaquim Fernandes's hospital", in Beja. As instrument for data collection we chose the partly structured interview and the proposed themes were: description of the pain; living/facing the everyday with the pain feeling; the way of dealing with the limitations imposed by the pain and disease and the strategies used to control the pain. After gathering the data and transcribing it, we proceeded to the different stages of a phenomenological reduction based on Deschamps's (1993) methodology, which started by pointing out the global sense of the text. After that we identified the signification units, developed the content of each one and finally elaborated the summary of the signification units set. Through the grouping of the signification units, the main themes emerged: the being-there and the meaning of pain; the Dasein's relation on the oncological chronic pain experience; the anguish due to end-of-life proximity; the transcendence in a person's experience with oncological chronic pain; the ambiguity of solicitude, in the one's oncological chronic pain experience and the learning one made while experiences oncological chronic pain. The care as a fundamental structure of the Being-there takes a shape of solicitude, it involves affection, attention and interest. Being considered as essence of human existence, it is essential on nursing practice. The results of the study show that the meaning of "pain" is exclusive to each person and the loss of roles inside the family, due to health problems, led to feelings of impotence and sadness. The anguish felt in some interviewees, due to proximity of death, revealed questions about life and death, finitude and the expressions of resignation, fear, sadness and revolt, as well as acceptance the suffering in an attempt of finding a meaning to it, capable of giving them an inner growth. We also verified that hope, described as an inner strength, gives them the capacity of transcendence, able to stimulate positive thoughts and induce physical, psychological, social and spiritual well-being. The attention and concern shared by the family are

recognized by the interviewees as manifestations of support, but they also produce a sense of ambiguity on them. Some of the studied patients considered that they've learned with the disease and grown innerly, by opening up their mind spiritually, by developing interior availability and compassion towards those who are suffering around them. In the future, this study may create the groundwork for new inquiries in this field and also enable the reflection of nurses, as care human beings, and, consequently, develop their inner enrichment and growing, so they can care and give an authentical and personalized meaning to their interventions.

Key-words: Chronic Pain; Oncological disease; Patient; Nurses

DEDICATÓRIA

Á minha família, em especial:

Ao meu marido Jorge, companheiro e amigo em todas as horas.

Aos meus filhos, Miguel e Sofia. Meu forte sentido de vida.

AGRADECIMENTOS

Dirijo o primeiro agradecimento à minha orientadora Professora Doutora Felismina Mendes, pelo reforço positivo, palavras de incentivo, motivação e energia que sempre me transmitiu em todos os momentos.

Pela sua permanente disponibilidade, apoio, compreensão e transmissão de saberes.

Pelo seu profissionalismo que me serviu sempre de inspiração.

Pelo seu otimismo, sentido crítico e capacidade sugestiva, que muito apreciei.

Às pessoas doentes que se demonstraram disponíveis para participar no estudo, sem as quais não teria sido possível a realização do mesmo.

À oportunidade que me proporcionaram de reflexão, aprendizagem e crescimento, através da partilha das suas experiências de vida.

Muito obrigado.

Um agradecimento muito especial aos meus filhos, ao meu marido, pais, irmãs, sogros, família, pela compreensão e apoio incondicional que demonstraram nos momentos mais difíceis.

Um profundo agradecimento à Universidade Católica Portuguesa, por me ter proporcionado uma aprendizagem tão enriquecedora.

Um agradecimento muito especial a todos os que de uma forma direta ou indireta, contribuíram para a execução desta tese.

ÍNDICE

	P.
INTRODUÇÃO	12
CAPITULO 1	17
1-A PESSOA COM DOR CRÓNICA DO FORO ONCOLÓGICO	17
1.1- A PESSOA COMO SER HOLÍSTICO	17
1.2- A DOR CRÓNICA DO FORO ONCOLÓGICO	20
1.2.1- Avaliação da dor	24
1.2.2- Acreditar na dor do doente	26
1.2.3- Caracterização da dor	27
1.2.4- Apoio farmacológico	29
1.2.5- Apoio não farmacológico	30
1.3- A DOENÇA ONCOLÓGICA	32
CAPITULO 2	377
2- PROBLEMÁTICA DO FENÓMENO EM ESTUDO.....	377
2.1- JUSTIFICAÇÃO E FINALIDADE DO ESTUDO	377
2.2- DELIMITAÇÃO DO FENÓMENO EM ESTUDO	399
2.3- OBJETIVOS DO ESTUDO	455
CAPITULO 3	466
3- DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO.....	466
3.1- A FENOMENOLOGIA NA PERSPECTIVA DE MARTIN HEIDEGGER	466
3.1.1- O Ser e o Dasein.....	499
3.2- A FENOMENOLOGIA NA PERSPECTIVA DE DESCHAMPS	555
3.3- PERCURSO METODOLÓGICO.....	577
3.3.1- Tipo de estudo.....	577
3.3.2- Sujeitos do estudo	599
3.3.3- Procedimento de recolha de dados	61
3.3.4- Procedimento de análise de dados.....	63
3.3.5 - Considerações éticas.....	66
CAPITULO 4	68
4- CONSTRUINDO A ANALISE DOS TEMAS CENTRAIS	68
4.1- O SER-AÍ E O SIGNIFICADO DA DOR	69
4.1.1- Descrição da dor.....	70
4.1.2- Apoio farmacológico	76
4.1.3- Apoio não farmacológico	79
4.2- A RELAÇÃO DO DASEIN NA EXPERIÊNCIA DA DOR CRÓNICA DO FORO ONCOLÓGICO	85
4.2.1- Perda de autonomia na realização das tarefas domésticas.....	86
4.2.2- Perda da capacidade de desempenho da atividade profissional.....	90
4.2.3- Alteração da imagem corporal	91
4.2.4- Perda do convívio social.....	94
4.3- A ANGUSTIA DECORRENTE DA PROXIMIDADE DA MORTE	96

4.3.1- Sentido da vida/morte.....	97
4.3.2- Finitude.....	101
4.3.3- Resignação.....	104
4.3.4- Medo.....	105
4.3.5- Tristeza.....	106
4.3.6- Revolta.....	108
4.3.7- Aceitar o sofrimento.....	109
4.4- A TRANSCENDÊNCIA, NA EXPERIÊNCIA DA PESSOA COM DOR CRÓNICA DO FORO ONCOLÓGICO.....	116
4.4.1- Esperança e Força Interior.....	117
4.4.2- Fé.....	123
4.4.3- Formação de grupo de auto ajuda.....	125
4.4.4- Relacionamento social.....	128
4.5- A AMBIGUIDADE DA SOLICITUDE, NA EXPERIÊNCIA DA PESSOA COM DOR CRÓNICA DO FORO ONCOLÓGICO.....	130
4.5.1- Perda de papéis dentro da família.....	131
4.5.2- Apoio da família.....	133
4.5.3- Presença dos profissionais de saúde.....	138
4.6- A APRENDIZAGEM, NA EXPERIÊNCIA DA PESSOA COM DOR CRÓNICA DO FORO ONCOLÓGICO.....	143
4.6.1- Valorizar o Ser.....	144
4.6.2- Aprender com a doença.....	146
CAPITULO 5.....	152
5- SINTESE DO CONJUNTO DAS UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO.....	152
5.1- DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA PARTICULAR DE CADA CO INVESTIGADOR.....	152
5.2- DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA TÍPICA DO FENÓMENO.....	177
5.3- COMUNICAÇÃO A OUTRAS PESSOAS DA DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA	212
CAPITULO 6.....	218
6- IMPLICAÇÕES DOS DADOS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	218
CONCLUSÃO.....	222
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	227
ANEXOS.....	237

ÍNDICE DE QUADROS

	p.
QUADRO 1 - Características gerais dos entrevistados.....	60
QUADRO 2 - O Ser-aí e o significado da dor.....	70
QUADRO 3 - A relação do Dasein na experiência da dor crónica do foro Oncológico.....	86
QUADRO 4 - A angústia decorrente da proximidade da morte.....	97
QUADRO 5 - A transcendência, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico.....	117
QUADRO 6 - A ambiguidade da solicitude, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico.....	131
QUADRO 7 - A aprendizagem, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico.....	143

PREFÁCIO

Ao longo da profissão, sempre mantivemos contacto com doentes do foro oncológico com dor crónica, tanto nos serviços de Cirurgia, como na consulta da dor onde exercemos funções. Também o estágio que realizámos no serviço da Consulta da Dor, no Hospital Garcia de Orta, a fim de aprofundar e adquirir conhecimentos na área da dor, permitiu-nos enriquecer o contacto com estes doentes, despertando-nos para a importância de valorizar e avaliar corretamente a sua dor ou seja, de avaliar a dor como o 5º sinal vital e, sobretudo, de a compreender em cada doente, atendendo a que é uma experiência subjetiva, individual e multidimensional. Podemos dizer que foram os doentes com dor crónica do foro oncológico, que deixando transparecer a sua dor através das suas palavras, mas também pelas manifestações não-verbais, como a sua expressão facial, a expressão do seu olhar, o toque apertado, para além de nos despertarem para a necessidade de uma correta avaliação da dor, fizeram-nos também compreender que muitas das vezes a “boa presença” pode ser analgésica, pois não existe melhor Morfina, que a simples presença, nossos ouvidos, nossas mãos que acompanham as dos doentes, ou seja, não existe melhor calmante que o tato humanizado. A pessoa na situação de dor crónica do foro oncológico, foca-se mais no “ser”, nas relações com os outros, do que no “ter” e no “fazer”. O “ter”, que envolve os bens materiais, os títulos, o conquistar e o “fazer”, que remete para a realização das atividades do dia-a-dia, quer as tarefas domésticas, quer as profissionais, deixam de ser importantes. Apenas o “ser”, que traduz a pessoa na sua essência, os valores, as atitudes, assume relevo nas várias dimensões: física, psicológica, social e espiritual, pois o tempo para a pessoa doente passa a ser sentido de forma diferente, ou seja, o tempo quantitativo, em termos de horas e minutos, assume menor importância e é enaltecida a qualidade do tempo vivido. Acompanhar estes doentes requer disponibilidade interior, capacidade de escuta e empatia, por parte do enfermeiro. Só assim, poderá consolar a pessoa com dor crónica do foro oncológico, compreendê-la e caminhar ao seu lado.

INTRODUÇÃO

*A minha dor é um convento. Há lírios
Dum roxo macerado de martírios,
Tão belos como nunca os viu ninguém!*

*Nesse triste convento aonde eu moro,
Noites e dias rezo e grito e choro,
E ninguém ouve...ninguém vê...ninguém...*

Florbela Espanca (In Sonetos) (1903)

O próprio corpo produz a linguagem da dor, desde o franzir do sobreolho, à postura corporal de defesa, ao gemido, ao grito, às lágrimas, ao silêncio, até às palavras pronunciadas relativas à dor sentida, trata-se de linguagens, quer verbais ou não verbais, reconhecíveis ao olhar do outro, porque a dor “se dirige ao outro, procura o outro, real ou imaginário, presente ou ausente (...), procura escuta, contacto, palavras, uma linguagem que a contenha e que a torne suportável...” (Fleming, 2003:28). A dor existe quando e onde a pessoa a sente, é conhecida como um dos sintomas mais comuns no contexto das doenças e envolve o homem desde os primórdios da humanidade. A visão clássica entendia a dor como um flagelo, uma punição ou um castigo e associava a mesma à sensação pura, que por sua vez conduziria à sua percepção. No entanto, a dor é uma vivência eminentemente subjetiva que para além de sensação, é também percepção variada pela personalidade de quem a sofre. Atualmente sabe-se que a dor não é apenas uma experiência sensorial induzida, por lesão de tecidos corporais, pois, para além de uma vivência muito subjetiva, que transforma a sensação em percepção e esta em emoção, a dor é uma experiência individual, já que o significado que lhe é atribuído varia com alguns fatores, desde a idade, as experiências anteriores, a personalidade, as crenças e valores de cada povo. Mas é indubitavelmente, para quem a experiencia, uma das principais fontes de sofrimento. Podemos assim dizer que a dor implica a representação de um fenómeno, cuja complexidade não reside na simples questão do impulso viajar ao longo de um nervo, mas no resultado de um conflito entre um estímulo e a pessoa na sua globalidade, que se traduz num turbilhão de emoções, sentimentos, atitudes e comportamentos que espelham, de forma singular, a extensão do sofrimento. Assim podemos acrescentar, que o significado

peçoal da dor representa o resultado das experiências de dor, de cada pessoa, ao longo da vida, sendo portanto variável em função das experiências individuais e socioculturais. Desta forma, não é fácil definir dor, uma vez que se trata de uma experiência individual, subjetiva, não diretamente observável. De acordo com (Karb, 1990:303), “a dor é qualquer coisa que a pessoa diz que é, existindo sempre que ela diz que existe”. (Metzger, Muller, Schwetta e Walter, 2002:5) referem-se à dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual potencial ou real, ou cuja descrição pode corresponder à existência de tal lesão.” A dor pode classificar-se em dor aguda e crónica, sendo importante compreender as suas diferenças para que os cuidados prestados sejam corretamente adequados. Entende-se dor aguda como “dor de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal” (Direção Geral da Saúde, 2001:27). A dor, quando aguda pode ser um sinal de alarme importante, costuma dizer-se que a dor é amiga do homem, porque alerta-o, informa-o de que algo não está bem. A dor crónica é definida como “uma dor prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e/ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversos estádios patológicos.” (Direção Geral da Saúde, 2001:42). A dor crónica invade a pessoa, oprime, desencoraja e conduz ao desespero. Em particular a dor crónica, ao tornar-se em si mesma uma doença, representa uma das experiências mais penosas para o doente e para todos os que com ele convivem, inclusive, torna-se um desafio para os profissionais de saúde, responsáveis pelo seu controlo, confrontando-os com os seus limites e as suas incapacidades. A dor crónica prolonga-se no tempo contribuindo para a deterioração da qualidade de vida, causando alterações, na pessoa doente, a vários níveis. Podemos dizer que a dor crónica revela-se como uma dor total, multidimensional, isto é, que não envolve somente a dimensão física, mas também a dimensão psicológica, social e espiritual. Nos doentes do foro oncológico a dor soma-se às incapacidades que vão surgindo, relacionadas com a neoplasia e com os tratamentos, produzindo alterações nas atividades do dia-a-dia, o que condiciona perdas a vários níveis. As perdas que surgem tendem a exacerbar a dor e o aumento da perceção de dor conduz a novas perdas e a um novo aumento da perceção da dor e assim sucessivamente. A dor assume assim a sua multidimensionalidade.

A pessoa com dor crónica do foro oncológico expressa a sua dor, quer através das suas palavras, por exemplo: “tenho dores...”, “não aguento mais...como me dói!”, “parece que

melhorou um pouco...mas está sempre aqui, esta moinha”, mas também através das suas manifestações não-verbais, desde a sua postura corporal, por vezes são adotadas posições de alívio da dor, a expressão do seu olhar, que facilmente deixa transparecer a dor sentida, confirmando que na verdade os olhos espelham a alma, mas também pela sua expressão facial e o toque apertado. São estas manifestações não-verbais que habitualmente reforçam as verbalizações efetuadas, mas também podem contradizer as mesmas, nas situações em que o doente omite a sua dor verbalmente. Sendo a dor experimentada e manifestada, quer por linguagem verbal ou não verbal, por cada pessoa, de uma forma única, e em que cada um explica e utiliza significados pessoais relativos à sua experiência de dor, o enfermeiro quando avalia a dor do doente, deve pôr de parte as suas convicções sobre a dor, bem como as suas experiências anteriores relativas à mesma. A dor do doente tem que ser avaliada sob a perceção e o ponto de vista deste e não através da própria experiência de dor do enfermeiro. Da mesma forma, não deve efetuar juízos de valor sobre o significado que a dor tem para as outras pessoas e deve evitar fazer comparações entre doentes, sobre as suas reações à dor, ainda que perante o mesmo estímulo doloroso, pois existem vários fatores, desde a idade, a personalidade, os valores culturais, o grau de ansiedade, as experiências anteriores, entre outros, que influenciam, em cada pessoa, a reação e até o comportamento perante a dor. Sabendo que a dor crónica é uma dor global, multifacetada, em que tudo é dor, pois envolve as várias dimensões, desde a dimensão física, à psicológica, espiritual e social, torna-se necessária a disponibilidade interior do enfermeiro, a sua capacidade de escuta, a compreensão, o respeito, o transmitir confiança e o acreditar na dor do doente, para que a mesma possa ser compreendida. As palavras de apoio e de esclarecimento, o simples gesto de dar a mão, um sorriso e o olhar são elementos fundamentais capazes de proporcionar tranquilidade, diminuir a ansiedade e conseqüentemente minimizar a perceção da dor. Podemos assim dizer, que a pessoa com dor crónica do foro oncológico necessita, por parte do enfermeiro, da sua proximidade, da sua disponibilidade interior, da entrega, do acreditar na sua dor e sem dúvida da sua capacidade de escuta. Sabemos que a escuta é uma arte e uma competência que o enfermeiro deve desenvolver, para que através da sua forma de estar totalmente presente, possa compreender verdadeiramente o doente, entendendo que escutar não é só ouvir, mas sim estar atento à totalidade da comunicação que o doente transmite, quer de uma forma verbal, quer não-verbal, para compreendê-lo na sua globalidade. De facto, na maioria das vezes, não é necessário dizer nada, apenas saber

escutar. Acontece, por vezes, que o enfermeiro considera que é importante proferir alguma palavra e que deve saber responder de imediato, como sinónimo de sabedoria. Outras vezes tem dificuldade em saber o que dizer e, na maioria das vezes, julga precocemente as palavras do doente, acabando por utilizar termos e frases do senso comum de forma instintiva, que não se traduzem numa verdadeira ajuda para o doente. Neste contexto deve o enfermeiro recordar a célebre frase: “nunca fales, a não ser que penses que podes melhorar o silêncio.” (Stoter,1991). É fundamental compreender a importância de utilizar o silêncio com o doente, pois o silêncio traduz-se numa comunicação enriquecedora e através dele transmite-se ao doente aquilo que o mesmo precisa de escutar naquele momento. É uma forma de pactuar com o doente, de lhe dizer que se compreende o seu sofrimento, a sua dor, isto é, o que está a viver naquele momento. Na maioria das vezes, o doente não quer respostas, quer apenas partilhar os seus medos, a sua dor, a sua tristeza, as suas perdas, o seu sofrimento - o doente pretende estar acompanhado no processo que está a viver. Quando o enfermeiro demonstra disponibilidade, sabe escutar, partilha os medos, dúvidas e o sofrimento do doente, quando promove conforto, a segurança e é sincero com o doente, ganha a sua confiança. O cuidado como estrutura fundamental do ser-aí assume a forma de solicitude, envolve afeto, atenção, interesse e considerado como essência da existência humana é central na prática de enfermagem. O enfermeiro deve possuir competências que lhe permitam compreender a pessoa com dor crónica do foro oncológico, na sua globalidade, ou seja, ter uma visão holística da pessoa, pois só assim poderá compreender a dor da pessoa doente nas várias dimensões. A pessoa com dor sofre em todo o seu ser, pois surge a tristeza, a cólera, o sofrimento e o desespero, uma vez que se torna difícil realizar as atividades físicas, intelectuais, laborais e sociais. Perde o gosto de viver, deixa de lhe apetecer, de saborear a vida e conseqüentemente, diminuem ou desaparecem os seus centros de interesse. Torna-se imprescindível que os enfermeiros reflitam sobre a importância destes aspetos, perspetivando a compreensão e o controle da dor do doente, já que a diminuição da sua perceção assenta na presença da pessoa que cuida junto da pessoa com dor, pois “a dor exige da parte do enfermeiro um cuidado extremo e uma aptidão especial para lidar com o doente que dela sofre” (Santos e Valente, 1995:9).

Estas reflexões levam-nos a colocar a seguinte questão:

Como é que a pessoa experiencia a dor crónica do foro oncológico?

Desta forma pretendemos estudar a experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico, nos doentes da consulta da dor do Hospital José Joaquim Fernandes -Beja (HJJF-Beja).

Delineámos como objetivo para este estudo:

- Compreender como é que a pessoa experiencia a dor crónica do foro oncológico.

Tendo em atenção o tema do estudo, o objetivo definido e a nossa vontade pessoal em compreender a experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico, optámos por uma metodologia de natureza qualitativa, utilizando a aproximação fenomenológica. Este trabalho será dividido em seis capítulos, sendo que o primeiro se debruçará sobre a pessoa com dor crónica do foro oncológico, onde damos ênfase à pessoa como ser holístico, abordaremos a dor crónica do foro oncológico e a doença oncológica. O segundo capítulo envolve a problemática do fenómeno em estudo, será efetuada a justificação e finalidade do estudo, bem como a delimitação do fenómeno em estudo e serão apresentados os objetivos do mesmo. O terceiro capítulo refere-se ao desenvolvimento metodológico do estudo, aqui abordaremos a fenomenologia na perspetiva de Martin Heidegger e de Deschamps, bem como todo o percurso metodológico. Posteriormente será construída a análise dos resultados, no quarto capítulo, onde serão analisados os temas principais: o Ser-á e o significado da dor; a relação do Dasein na experiência da dor crónica do foro oncológico; a angústia decorrente da proximidade da morte; a transcendência, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico; a ambiguidade da solicitude, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico e a aprendizagem, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico. Seguidamente, no quinto capítulo, será efetuada a síntese do conjunto das unidades de significação, onde se procederá à descrição da experiência particular de cada co investigador e à descrição da estrutura típica do fenómeno, será ainda mencionada a comunicação a outras pessoas da descrição da estrutura. No sexto e último capítulo, serão abordadas as implicações dos dados para a prática de enfermagem. Por fim, proceder-se-á à apresentação da conclusão e das referências bibliográficas.

CAPITULO 1

1- A PESSOA COM DOR CRÓNICA DO FORO ONCOLÓGICO

*“As palavras traduzem o que a razão quer emitir.
O que a palavra não quer revelar, os olhos,
os tremores dos lábios e o tamborilar dos
dedos comunicam-no eloquentemente.”*

Margot Phaneuf (2005)

1.1- A PESSOA COMO SER HOLÍSTICO

*“Na dor, dissolve-se a separação entre o corpo e a mente.
A dor impõe a rutura com a racionalidade cartesiana
e abre caminho a uma visão holística da pessoa”*

Ananda Fernandes (2009)

A interpretação do termo pessoa, sob a ótica da fenomenologia existencial de Martin Heidegger, procura perceber a pessoa na sua estrutura universal, enquanto ser vivente. A pessoa só se poderá compreender se tiver perceção da totalidade de si própria e da sua real existência. Nesse sentido, a essência do pensamento heideggeriano traduz-se na preocupação com o sentido do ser existente: o Dasein. “O homem enquanto Dasein é, em sua existência, marcado por um traço primordial, que o limita e o torna possível concomitantemente. Esta característica é desvelada pela estrutura fundamental do Dasein (também traduzida por presença), nomeada como ser-no-mundo.” (Naves, 2009:66). Refere-nos, (Heidegger,1995:94) que “a presença tem seu próprio ser no espaço, o qual, no entanto, só é possível com base e fundamento no ser-no-mundo em geral. A compreensão do ser-no-mundo como estrutura essencial da presença é que possibilita a visão penetrante da espacialidade existencial da presença.” O Dasein é “este ser-no-mundo, ou seja, alguém que “espacializa”, por ser presença, o mundo no qual se encontra. Este é tido por ele como um tipo de desafio a ser conhecido e enfrentado, pois quando se percebe nele, já está aí

inserido, mergulhado na sua quotidianidade. A facticidade já o fez vítima.” (Naves, 2009:66). Mas o ser-no-mundo não é apenas vítima do acaso, do que já lhe estava destinado, é também capaz de organizar as coisas conforme as suas necessidades, sendo agente de transformação, pois “só este ente, chamado Dasein, tem a capacidade de criar e dar total sentido aos seus projetos, exercendo assim suas possibilidades.” (Naves,2009:66). A existência ser-no-mundo é uma experiência pessoal, ímpar e intransferível, pois ninguém pode viver pelo outro: é o indivíduo que se constrói perante o mundo. Uma outra característica determina o homem, segundo (Heidegger, 1995:165) “o Dasein é também um ser-com-outro” pois o ser-no-mundo implica ser alguém com o outro e para um outro, uma vez que “ (...) é a partir do outro que se forma a consciência do eu, a afirmação de si mesmo e da própria identidade.” (Naves, 2009:66). Na enfermagem, a pessoa é parte de um ambiente harmonioso e relacional, o qual envolve diferentes pessoas: enfermeiros, doentes, familiares e outros profissionais. Essa integração, pessoa-pessoa e pessoa-mundo espelha a abordagem holística, onde corpo, mente e espírito são inseparáveis e partes constituintes da pessoa que, submetida à quotidianidade, é um ser-no-mundo e um ser-com-outro, como nos refere Heidegger. A premissa do conceito de holismo envolve o cuidar da pessoa inteira, isto é atender a pessoa na sua dimensão física, psicológica, social e espiritual, entendendo a pessoa como um todo integrado, existindo harmonia entre as partes que compõem o todo. A pessoa com dor crónica do foro oncológico deve ser vista como uma pessoa na sua globalidade, ou seja, uma pessoa que tem um corpo doente, mas é uma pessoa viva, com uma história, com a sua personalidade, com desejos, valores, sonhos, esperanças e necessidades como cada um de nós. Podemos dizer que “é um ser humano igual e diferente de tantos outros, com uma história de vida, com uma família, com amigos; enfim, é um ser no mundo, que se apercebe, vive experiências e está em continuidade no tempo e no espaço.” (Frias, 2003:60). A pessoa com dor crónica do foro oncológico, devido à própria dor, à patologia e respetivos tratamentos, sofre alterações no seu dia-a-dia que se traduzem em perdas a vários níveis, como a perda de autonomia na realização das tarefas domésticas, a perda de papéis dentro da família, a perda da capacidade de desempenho da atividade profissional, o que conduz a pessoa doente à dependência de outros e ao sentimento de revolta por não conseguir realizar o que fazia anteriormente. Para além das limitações nos afazeres do dia-a-dia, na pessoa com dor crónica do foro oncológico, também se verifica a perda de autoimagem e a perda do

convívio social. A dor por si só, mas também a doença e os seus tratamentos, levam à quebra da relação da pessoa doente com os que a rodeiam, pois surge a perda da vontade de conversar, de estar com os outros, de partilhar e ocorre muitas das vezes o isolamento da pessoa doente. Contribui para este contexto a alteração da imagem corporal, quer esteja relacionada com a mastectomia, com uma perda funcional ou com uma alteração da função de sistemas orgânicos, uma vez que produz sempre uma alteração da identificação da pessoa com o seu corpo. Pois sendo a dor multidimensional, a mesma pode ter graves efeitos adversos a nível da dimensão física, social, psicológica e espiritual dos doentes, refletindo-se sobre o seu dia-a-dia e consequentemente traduzindo-se em perdas sociais, laborais e económicas. A pessoa enquanto doente deixa de “fazer”, ou seja, ocorre as perdas a nível do papel social, papel dentro da família, da atividade laboral, atividades físicas, depois de “ter”, que envolve as perdas da autoimagem, bens materiais, títulos profissionais e finalmente de “ser”, em que, a perda da identidade, da esperança, da existência assumem um papel primordial. A pessoa doente encontra então na esperança uma força interior e dinâmica, necessária para atribuir um novo sentido ao seu ser e capaz de impulsionar o pensamento positivo na batalha que trava com a doença. Desta forma, na proximidade da morte a esperança dos doentes “tende a focar-se mais no ser do que no conquistar; (...)” (Twycross, 2003:33). A pessoa com dor crónica do foro oncológico continua a ser uma pessoa com necessidades afetivas e relacionais, pois os laços significativos dão sentido e mantêm a pessoa ligada e interessada na vida. Torna-se imprescindível uma atenção individualizada, continuada e integral da pessoa, isto é, que envolva os seus aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, já que é fundamental existir um equilíbrio entre o corpo físico, o corpo psicológico e o corpo espiritual. Segundo (Melo, 2006:56),

“o corpo físico é uma herança dos antepassados, mas também uma criação nossa, através da alimentação, do repouso, etc., (...) quando o corpo físico é afetado surge a “dor” (...). O corpo psicológico é criado pela herança dos meios familiar e social, pela educação e pelas experiências de vida. (...) Quando o corpo psicológico não está bem designa-se o mal-estar de “sofrimento”. O corpo espiritual não é criado. Nascemos com ele. Alguns chamam-no de “alma”, outros “espírito”, ou “ser interior”. O corpo espiritual tem a ver com o sentido da minha vida e da vida. É uma necessidade humana que não está dependente da alimentação, do meio social ou da educação. Quando não está bem, toma a designação de “tormento” (...).”

Um mal espiritual pode começar com falta de sentido da vida, ou uma perda do sentido e é na fase final da vida que esta dimensão assume maior importância. Ao longo da doença e

de maneira particular numa fase mais avançada da mesma, a pessoa doente expressa de formas diversas a vivência interior do sofrimento, através da negação, revolta, negociação, depressão, resignação e da aceitação. Estas atitudes adaptativas, que podemos encontrar nestes doentes, não têm uma ordem e podem sofrer retrocessos sem nunca chegar á aceitação. São atitudes que cada doente vive à sua maneira, tendo em conta a sua personalidade, as experiências pessoais de vida, bem como a forma como vive a doença e como enfrenta a própria morte. Mais importante do que perceber o estadio de cada pessoa doente é compreender o que é que a pessoa nos quer dizer com a sua agressividade, a sua tristeza, a sua esperança. Há que considerar que cada doente é uma pessoa única e irrepetível, logo requer uma relação única, que deve ter por base uma presença escutante em relação à ressonância interior do doente, uma presença afetuosa, disponível, mas ao mesmo tempo comprometida, capaz de criar laços, com a pessoa doente.

No próximo ponto iremos debruçar-nos acerca da dor crónica do foro oncológico, onde abordaremos a avaliação da dor, a importância de acreditar na dor do doente, a caracterização da dor e o apoio farmacológico e não farmacológico que os doentes dispõem para o seu controle.

1.2- A DOR CRÓNICA DO FORO ONCOLÓGICO

*“A dor tem um componente em branco;
não nos conseguimos lembrar de
quando começou ou se houve um
dia em que não existiu”*

Emily Dickinson

Ao longo dos séculos têm sido várias as teorias que têm tentado explicar o que é a dor. Nas sociedades antigas a dor, sem outra causa aparente como o traumatismo, era atribuída à invasão do corpo por maus espíritos e como punição dos deuses. Aristóteles refere-se à percepção de dor como uma emoção ou “paixão da alma” e assim foi descrita a teoria dos afetos: “a dor é uma emoção, e a sua intensidade depende do significado da parte

envolvida, (...), não inclui os aspetos fisiológicos.” (Watt-Watson, 2003:366). Descartes rejeita esta teoria defendendo a separação do corpo e da alma, propondo a teoria da especificidade: “As mensagens da dor eram levadas numa determinada transmissão em linha reta, a partir de recetores numa periferia até ao cérebro...” (Watt-Watson, 2003:365). Esta teoria não envolve os aspetos psicológicos relacionados com a perceção da dor e a variabilidade de respostas, sendo a dor considerada de grau igual ao da lesão. Posteriormente surgiram os teóricos dos padrões, defendendo que as pessoas respondiam diferentemente ao mesmo estímulo, surgindo assim a teoria dos padrões. Todas estas teorias, apesar de apresentarem grandes limitações, contribuíram sem dúvida para o entendimento dos mecanismos da dor e assim Melzack e Wall em 1965, tendo por base as relações entre as teorias anteriores propuseram a sua teoria do portão: “A dor não é uma experiência sensorial simples, mas uma integração complexa de dimensões sensoriais afetivas e cognitivas. (...) A perceção da dor e as reações à dor não são previsíveis, variando com cada pessoa e cada experiência. Essa variabilidade resulta da modulação de estímulos nocivos (dolorosos), a vários níveis do sistema nervoso central.” (Watt-Watson, 2003:366). Para (Bolander,1998:1170), a dor define-se como “uma desagradável experiência sensorial e emocional associada com a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão”. Definir dor, ao longo dos tempos, não tem sido fácil dado que é um fenómeno complexo, subjetivo, uma experiência individual e não diretamente observável. Atualmente a dor é definida como “qualquer coisa, que a pessoa que a sente diz que é, existindo sempre que ela diz que existe” (Watt-Watson, 2003:363). A dor é assim uma experiência muito pessoal, subjetiva e variável de pessoa para pessoa quanto à sua perceção, em que o significado de dor é único para cada um. A dor crónica está associada “à destruição tecidual, tem existência mais prolongada e pode servir como exemplo as dores dos doentes com neoplasias (...). Causa sofrimento prolongado e insuportável...” (Santos e Valente, 1995:7). De acordo com (Stuchi, Sousa e Ferreira, 2005:2), a dor crónica, “...não tem função biológica de alerta e frequentemente gera stress físico, emocional e social (...), além de gerar incapacidade laboral, alterações no sono, do apetite, da vida afetiva e alterações de humor, caracterizada principalmente pela instalação de quadros depressivos”. A dor crónica revela-se então como dor global, multifacetada “denominada dor total, porque envolve outros sintomas físicos, bem como problemas psicológicos, sociais, culturais e espirituais” (Chaves, 2004:1). Podemos dizer que a dor

crónica é uma experiência multidimensional, pois não envolve somente a dimensão física, mas as dimensões psicológica, espiritual e social. Os doentes com dor crónica percebem que a sua dor “é intensificada quando há alguma sobrecarga social (dor da separação, dependência financeira, incerteza do futuro) e espiritual (falta de sentido da vida e da morte, sentimentos de culpa). A dor (...) deve ser compreendida a partir do conceito de dor total, constituída pela dor somática, psicológica, psicossocial e espiritual.” (Tulli, Pinheiro e Teixeira, 2003:5). A presença de dor crónica conduz a uma rutura da relação estabelecida com o mundo, pois a dor não invade, não lacera, não abate apenas o corpo, invade, lacera e abate a pessoa, modifica o seu dia-a-dia, as suas relações com os outros e acaba por quebrar a sua relação com o mundo e, por isso, significa, também sofrimento. “Torna a pessoa indiferente aos acontecimentos que se dão à sua volta. Retira o gosto por tudo. Retira ao homem os seus velhos hábitos e obriga-o a viver uma vida em que não consegue encontrar-se, numa espécie de luto por si mesmo” (Metzger, Muller, Schwetta e Walter, 2002: 132).

Na dor crónica do foro oncológico um sentimento de impotência, de desespero e de absurdo invade os doentes. A dor torna-se odiosa intolerável e inútil, os sintomas algícos somam-se às incapacidades primariamente relacionadas com a neoplasia e seu tratamento. Ocorrem os vómitos, a anorexia, a astenia, a perda do convívio social, a redução das atividades profissionais e de lazer, retirando ao doente, muitas das vezes, a vontade de viver. A dor crónica revela-se então como dor global, multifacetada. Torna-se uma dor total, em que tudo é dor, costuma dizer-se que até a alma dói. Devido à natureza multidimensional que a dor apresenta, “é muitas vezes útil pensar em termos de dor total, que engloba os aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais” (Twycross, 2003:84). A dor crónica é uma experiência subjetiva e individual. É uma experiência subjetiva dado que a descrição que o doente faz sobre a sua dor é subjetiva para aquele que o escuta, pois não vivencia a experiência de dor do doente. Sendo também uma experiência individual, uma vez que a mesma é variável de pessoa para pessoa quanto à sua perceção, sendo o significado de dor único para cada pessoa. “A sensibilidade dolorosa, (...), caracteriza-se por uma grande variabilidade de expressões de pessoa para pessoa e até na mesma pessoa de acordo com as circunstâncias” (Batalha, 2005:169). Os doentes descrevem a sua dor como a sentem, pois ninguém melhor que o doente para descrever a dor que sente, é

somente ele que a vivência, logo será somente ele que poderá falar acerca dela. “Pela magia das palavras exprimem-se as informações, as opiniões, os sentimentos e as emoções que permitem aos humanos entrar em contacto, criar relações harmoniosas e desenvolver relações significativas e profundas” (Phaneuf, 2005:82). Torna-se então importante escutar o que o doente nos transmite de uma forma verbal, ou seja, o que nos diz acerca da sua dor, pois os dados verbais são muito importantes para a avaliação da dor do doente, permitem conhecer a mesma. “A comunicação verbal é a forma que tomam as nossas trocas quando fazemos intervir a palavra. È um arranjo de palavras – símbolo que dá um sentido ao que queremos exprimir” (Phaneuf, 2005:82). As verbalizações dos doentes acerca da sua dor expressam a forma como os doentes sentem, experimentam a mesma. Muitas das vezes as palavras não bastam para traduzir a realidade total da experiência de dor, sendo necessário escutar o que o doente nos transmite de uma forma não-verbal, pois as expressões faciais, a expressão do olhar, o seu tom de voz, os gestos, a postura corporal, a forma como nos toca, entre outras formas de demonstrar o que sente, “exprimem muitas vezes mensagens que complementam as transmitidas pelas palavras, chegando muitas vezes a contradizer aquilo que aparecia à superfície através destas” (Lazure, 1994:16). A comunicação não-verbal traduz os estados de alma, “...é muitas vezes tão ou mais rica do que a linguagem verbal...a linguagem não-verbal é muito reveladora do que o doente vive..., pois a linguagem não-verbal é a mais verdadeira, aquela que não sabe mentir porque é espontânea” (Lazure, 1994:18). Torna-se impossível não comunicar, a linguagem do corpo fala por nós e muitas das vezes trai-nos, quando não nos queremos revelar. Como nos refere (Phaneuf, 2005:68), “a comunicação não-verbal é uma troca sem palavras. Ela cobre um largo espectro de expressões corporais e de comportamentos que transcendem, acompanham e suportam as relações verbais entre as pessoas, e contribuem para o seu significado.” Muitas das vezes as palavras não chegam para o doente expressar a totalidade de dor que está a sentir e pode mesmo não utilizá-las, daí que devemos estar atentos ao que o doente nos transmite de uma forma não-verbal para melhor compreender a sua dor, pois “é através da escuta da linguagem não-verbal que a enfermeira completa o que escutou através das palavras, com o objetivo de compreender melhor o cliente” (Lazure, 1994:18). O enfermeiro que tem a capacidade de escutar não está somente atento à comunicação verbal do doente, mas sim a tudo o que o doente é capaz de transmitir de uma forma não-verbal. “ (...) para escutar eficazmente deve oferecer inteiramente a sua presença e a sua

atenção à globalidade da pessoa do seu doente” (Lazure, 1994:17), pois escutar não é só ouvir. “Escutar é (...) aceitar o facto de se deixar impregnar pelo conjunto das suas percepções externas e internas ...” (Lazure, 1994:16). Também (Silva e Zago, 2001:46), no estudo que realizaram, verificaram que na avaliação da dor crónica, os enfermeiros referem “ (...) pela expressão dele, pelo comportamento de rebeldia (...), por suas atitudes: deixa de alimentar-se, fica depressivo e apático. (...). A gente percebe a dor crónica no olhar do paciente. Parece que ele transmite com o olhar, pedindo socorro: por favor, faça alguma coisa para aliviar a minha dor! (...) ”. A dor do doente pode ser percebida pela expressão do seu olhar, pelas expressões faciais, a postura corporal, pelo toque apertado do doente no momento da dor e ainda pelo silêncio, a fala arrastada e alterações de humor. Num outro estudo realizado por (Sguassabia e Kalinke, 2005:12), verifica-se que “o sintoma que foi mais citado pelos colaboradores da enfermagem em sua maioria para identificar a dor, foi inquietação (...) quando eles falam (verbalmente) e pela expressão facial.” É necessário estar atento á comunicação não-verbal do doente, pois “ (...) a alegria, a pena, a cólera que vemos nos olhos dos outros, não são transmitidas somente pelo olhar. A expressão de todo o rosto participa nessa transmissão” (Phaneuf, 2005:82). Sendo a dor crónica do foro oncológico uma experiência subjetiva, individual e multidimensional, torna-se fundamental que os enfermeiros compreendam a pessoa com dor crónica do foro oncológico na sua globalidade. Neste sentido, é necessário escutar, ou seja, estar atento à comunicação verbal e não-verbal do doente, valorizar e acreditar na sua dor, para melhor compreender a natureza e o significado da sua experiência de dor, pois a dor oncológica torna-se uma dor insuportável, inútil, odiosa, obriga a uma vida com limitações, a qual a pessoa deixa de controlar, sendo a dor que assume o comando. Torna-se assim fundamental, que o enfermeiro desenvolva intervenções direcionadas às necessidades individuais, da pessoa com dor crónica do foro oncológico, para que cada doente e o cuidar sejam olhados de forma distinta, já que o cuidar é a essência da Enfermagem.

1.2.1- Avaliação da dor

A Direção Geral de Saúde a 14 de Junho de 2003, através da Circular Normativa nº09/DGCG, instituiu a “Dor como 5º sinal vital”, tendo como finalidade a valorização da mesma e dos seus efeitos, para que seja sistematicamente diagnosticada, avaliada, registada

e tratada. A inclusão da avaliação da dor como o quinto sinal vital permite que a mesma seja “avaliada e registada com o mesmo rigor e seriedade da pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura” (Chaves, 2004:1). A dor passa a ser avaliada de 8 em 8 horas e registado o valor atribuído à sua intensidade, assim como a restante caracterização da dor. A avaliação periódica da dor garante aos doentes que estão experimentando dor, que o cuidado e conforto a este nível sejam tão básicos, na prática de enfermagem, como as intervenções para estabilizar os restantes sinais vitais. A avaliação sistemática da dor tem vindo progressivamente a mostrar, ser um recurso que pode contribuir para a melhoria do tratamento da dor e da qualidade de vida do doente, sendo o ponto fundamental para o planeamento do tratamento e dos cuidados a implementar. No entanto, “...não é um procedimento simples, visto tratar-se de um fenómeno individual e subjetivo, cuja interpretação e expressão envolvem elementos sensitivos, emocionais e culturais.” (Silva e Zago, 2001:47). Os objetivos da avaliação, segundo (Chaves, 2004:2), são “identificar a sua etiologia e compreender a experiência sensorial, afetiva, comportamental e cognitiva da pessoa com dor para propor e implementar o seu tratamento”. A avaliação inadequada da dor crónica não permite um controlo eficaz da mesma, “...muitos profissionais de saúde não fazem essa diferenciação e prestam cuidados à pessoa que experimenta dor crónica como se se tratasse de dor aguda” (Watt-Watson, 2003:369). Este quadro agrava-se quando os doentes não relatam a sua dor aos enfermeiros, “pois querem comportar-se como “bons” doentes. (...); alguns não desejam reconhecer que a sua doença está progredindo e muitos acreditam que a dor do cancro é inevitável. Muitos ainda temem o uso de analgésicos pelos seus efeitos colaterais...” (Pimenta e Teixeira, 1997:12). Existem conceções diferentes de dor, por parte dos doentes e dos enfermeiros, as mesmas são determinadas pelas convicções, crenças e valores de cada pessoa. Daí que “a avaliação da dor é um importante passo para o planeamento do cuidado” (Silva e Zago, 2001:47). A avaliação inicial da dor deve basear-se na história do doente e na observação dos dados objetivos, isto é, os dados fisiológicos e comportamentais do doente perante a dor, bem como dos dados subjetivos, ou seja, o que o doente nos conta acerca da sua dor.

1.2.2 – Acreditar na dor do doente

Para avaliar corretamente a dor do doente é imprescindível valorizá-la, acreditar na mesma, pois quando o enfermeiro faz juízos de valor acerca da dor do doente, ou seja, não acredita na mesma, a avaliação efetuada pode não ser correta e o tratamento tende a não ser eficaz.

A dor crónica é uma experiência subjetiva, a qual não se consegue determinar por dados objetivos. É subjetiva porque o que o doente conta acerca da sua dor não é vivenciado pelo enfermeiro, logo é subjetiva, por outro lado, não se pode determinar por dados objetivos, pois os dados fisiológicos e comportamentais perante a dor são variáveis, pois consoante os fatores sociais, culturais e segundo as suas experiências de vida, as pessoas reagem de forma diferente perante o mesmo estímulo doloroso. Existem culturas em que a pessoa é encorajada à expressão da sua dor, através do choro, queixas, gestos e palavras, enquanto noutras culturas a dor é vivenciada em silêncio. Para além dos fatores culturais existem outros fatores que podem influenciar a perceção de dor e os comportamentos do doente face à dor, como sejam: a experiência da infância, experiências anteriores, conhecimentos, idade, personalidade, ansiedade, a atenção / distração, ou seja, “a maneira como os doentes atuam, quando têm dores, é influenciada pelas suas experiências de vida e não pode ser voluntariamente modificada com facilidade” (Karb, 1990:311). Podemos assim dizer, que a forma de manifestar a dor e o limite de sensibilidade diferem de pessoa para pessoa e até na mesma pessoa, em momentos diferentes, perante a mesma situação dolorosa. Na avaliação da dor, “...ignora-se algumas vezes o seu aspeto pessoal ou mesmo “privado”, que varia de intensidade em determinado processo, em indivíduos distintos ou no mesmo indivíduo, em diferentes circunstâncias.” (Santos e Valente, 1995:9). O enfermeiro deve acreditar que não há comportamentos padrão que o doente adote quando tem dores e compreender que os comportamentos do doente face à dor, assim como a perceção desta, são influenciados, como já foi referido, por vários fatores, no entanto, “... pode gerar dificuldades, visto que doentes e profissionais podem ter conceções diferentes da dor. Esta pode apresentar-se de diversas maneiras, (...), choro, gemido, alterações dos sinais vitais, agitação, tremor ou comportamento verbal.” (Tulli, Pinheiro e Teixeira, 2003:2). No entanto a ausência destes sinais ou verbalizações não são significativos de ausência de dor, pois existem doentes que “podem adaptar-se à dor, através do desenvolvimento de um elevado auto controle, suprimindo os sinais de sofrimento, ou apenas permanecendo

prostrados ou mais quietos que o habitual, devido ao esgotamento físico e mental causados pela doença.” (Tulli, Pinheiro e Teixeira, 2003:2). Como já foi dito, “consoante a condição social, a cultura e segundo a sua história pessoal, os homens não reagem do mesmo modo a um traumatismo ou uma afeção idêntica” (Metzger, Muller, Schwetta e Walter, 2002: 133). Desta forma, torna-se importante perceber que aquele doente que chora ou grita pode não ter maior intensidade de dor, relativamente ao que sofre a sua dor em silêncio. Sendo a dor uma experiência subjetiva e individual, “o papel dos prestadores de cuidados consiste, idealmente, em encontrar resposta para as queixas sem fazer juízos sobre a sua intensidade e sem projetar os seus próprios valores e comportamentos ao avaliar a atitude dos doentes.” (Metzger, Muller, Schwetta e Walter, 2002: 136). Desta forma o enfermeiro para valorizar, para acreditar na dor do doente deve pôr de parte as suas experiências anteriores com outros doentes, ou seja, as suas tendências e expectativas pessoais sobre os doentes, lembrando-se sempre que cada doente deve ser observado numa base individual e que a dor existe sempre que o doente o diz. Por outro lado o enfermeiro deve aprender a reconhecer as suas convicções sobre a dor, para melhorar a sua objetividade e consequentemente a avaliação da dor do doente, pois “não são apenas os doentes que integram a dor na visão que têm do mundo, mas também os médicos e as enfermeiras, que projetam os seus valores e, muitas vezes, os seus preconceitos, sobre o que é vivido pelos doentes que cuidam.” (Metzger, Muller, Schwetta e Walter, 2002: 136).

1.2.3 Caracterização da dor

É fundamental caracterizar a dor do doente para melhor a conhecer e avaliar a mesma. (Watt-Watson, 2003:379) refere que a abordagem à avaliação das características da dor pode ser feita utilizando a mnemónica PQRST, a saber:

P – o que provoca a dor, o que a desencadeia;

Q – a qualidade da dor, o tipo de dor, como o doente a descreve, utilizando as próprias palavras do doente, pois ninguém melhor que o doente para descrever a dor que sente;

R – a região, a localização da dor e irradiação para outras áreas;

S – a severidade ou intensidade da dor, através de escalas de intensidade de dor;

T – o tempo, desde o seu início, a sua duração;

Para além destes aspetos e para uma avaliação mais completa da dor, é importante averiguar com o doente quais são os fatores de alívio e de agravamento da sua dor.

Segundo (Watt-Watson, 2003:378) “ (...) é absolutamente fundamental reunir o máximo possível de informações colhidas junto dos doentes, para evitar assunções incorretas acerca da dor, que eles estão ou não a experimentar”. A melhor forma de diminuir a subjetividade da dor é pedir ao doente para classificar a sua dor, através de instrumentos padronizados, como por exemplo, as escalas de dor que ajudam o próprio doente a relatar a intensidade da sua dor. O enfermeiro deve explicar que as escalas são um meio para avaliar o nível de dor que o doente sente no momento. A familiarização dos doentes com as escalas facilita posteriormente o seu uso, daí que é importante utilizar sempre a mesma escala. Existem vários tipos de escalas, deve utilizar-se a escala de dor adequada ao nível de compreensão do doente. As mais utilizadas, em adultos, são a escala visual numérica e a escala do observador. A escala visual numérica consiste numa linha reta horizontal de dez centímetros, numerada de zero a dez. O zero indica inexistência de dor e o número dez a pior dor que se possa imaginar. A escala visual numérica só pode ser utilizada por pessoas que tenham apta a sua capacidade cognitiva e/ou motora. Após explicação da escala ao doente, este assinala o número correspondente à dor que sente naquele momento. Deve ser sempre o doente a atribuir um número à sua dor e não o enfermeiro. Sendo a dor um fenómeno subjetivo, mais subjetivo será se cada enfermeiro substituir o doente no posicionamento da intensidade da sua dor, pois o enfermeiro ao fazê-lo irá atribuir um número á dor do doente em função da sua própria perceção. Desta forma, a avaliação da dor será efetuada em função da perceção do enfermeiro e nunca pela perceção do doente, o que aumenta a subjetividade da dor. O significado do valor numérico é percebido em cada pessoa em função da sua experiência de dor. De acordo com (Batalha, 2005:170), “a dor ao fazer parte das variáveis subjetivas requer que na sua avaliação se valorize a perceção de quem a experiencia. Por esta razão, a autoavaliação é o modelo de ouro na sua avaliação”. A escala do observador deverá ser apenas utilizada nos doentes que não têm apta a sua capacidade cognitiva e ou motora, para autoavaliarem a intensidade da sua dor. Trata-se de uma escala gradativa de zero a quatro, que quantifica a dor do doente desde o “parece sem dor” ao “parece sofredor inconsolável”. O enfermeiro avalia através da observação que faz da expressão facial e do comportamento do doente.

1.2.4- Apoio farmacológico

Em conformidade com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), existem três regras fundamentais para a utilização mais eficaz dos analgésicos:

- Pela via oral. Sempre que a situação do doente permita, deve-se privilegiar a medicação oral, pois é a via de escolha em doentes crônicos uma vez que é cômoda para o doente e diminui a sua dependência tanto dos profissionais de saúde como da família. A via oral é a via de eleição, as restantes vias serão utilizadas nas situações de disfagia, náuseas e vômitos, oclusão intestinal, alterações do estado de consciência ou prostração intensa.

- Pelo relógio. Os analgésicos devem ser administrados regularmente, com horário fixo e não apenas quando o doente refere dor, pois o objetivo da administração da analgesia com horário fixo é não deixar que o doente volte a ter dor no intervalo das administrações, sendo que a dose seguinte deve ser efetuada antes que o efeito da primeira tenha desaparecido. Esta atitude previne o reaparecimento da dor e o desenvolvimento do comportamento de dor crônica. Também (Foley, 1985:85), afirma que “as concentrações plasmáticas serão, assim, mais estáveis, o que reduz a toxicidade e, eventualmente, a tolerância e a habituação.”

- Pela escada analgésica. Os analgésicos são administrados de uma forma sequencial. “A sequência proposta pela OMS tem-se mostrado extraordinariamente eficaz” (Schug, Zech e Doerr, 1990:27). A escada consiste em três degraus. No primeiro, para dor ligeira a moderada, preconiza-se a utilização de não-opioides, como o paracetamol, o ácido acetil-salicílico ou outros anti-inflamatórios não esteroides. Se a dor persiste ou se agrava, deve-se passar ao segundo degrau utilizando já um opioide fraco, como a codeína, mas mantendo o não-opioide, a fim de potencializar o efeito analgésico. Os analgésicos do primeiro e segundo degrau têm a desvantagem de “possuírem efeito teto - a partir de determinada dose, mesmo que esta suba, não se consegue maior efeito analgésico” (Cardoso, 1999:25). Desta forma, inicia-se o terceiro degrau, quando a dor se mantém ou se torna muito intensa, utilizando um opioide forte, como a morfina, o Fentanyl, associado também aos não-opioides. O terceiro degrau caracteriza-se por uma maior variabilidade,

tanto de doses como de formas de administração e por não possuir efeito teto, pois, “não há dose limite para a morfina pois trata-se de um fármaco que não tem dose teto: quanto mais der, maior será o efeito analgésico.” (Cardoso, 1999:35). Os fármacos adjuvantes estão sempre presentes em todos os degraus da escada analgésica, complementam a terapêutica analgésica, tanto com um efeito potenciador como para minimizar os seus efeitos secundários e contribuir assim para o controlo da dor. Segundo (Twycross, 1994:62), a estratégia terapêutica deve definir etapas, como “aliviar o doente em repouso, sobretudo durante a noite, para que possa dormir sem dores; aliviar a dor durante o movimento; esta etapa, infelizmente, nem sempre se chega a conseguir plenamente.”

1.2.5- Apoio não farmacológico

Embora o tratamento farmacológico se tenha instituído como a estratégia principal para o alívio da dor, o profissional de saúde dispõe atualmente de várias técnicas não invasivas que podem ser utilizadas em associação com os analgésicos para controlar e aliviar a dor, podemos dizer que ajudam a complementar o tratamento farmacológico. “São técnicas que podem e devem ser utilizadas (...) não como substitutos dos analgésicos mas como complemento dos mesmos. São auxiliares preciosos nos cuidados ao doente com dor.” (Reis, 2006:263). As mesmas, entre outras, envolvem “as técnicas de relaxamento, (...) as massagens, (...), a distração e diversão (...) e ainda a presença do enfermeiro (...).” (Reis, 2006:266,267).

A massagem promove um relaxamento muscular e uma diminuição da tensão muscular, conduzindo ao relaxamento do doente, à diminuição da sua ansiedade e conseqüentemente contribuí para diminuir a perceção da dor. “Ao diminuir a hiperatividade muscular decresce, também, o agravamento e manutenção da dor.” (Direção Geral de Saúde, 2001:52). A musicoterapia consiste na utilização da música atendendo ao som, ritmo, melodia e harmonia, desta forma pode acelerar ou diminuir o ritmo respiratório e cardíaco, pode aumentar ou diminuir a energia muscular e minimizar os efeitos da fadiga ou levar à excitação. Com o objetivo de promover o relaxamento do doente, são muitas vezes utilizados os sons naturais, tais como as ondas do mar, a chuva ou tempestade e o cântico dos pássaros. O calor húmido provoca vasodilatação, conduzindo a um aumento do fluxo

sanguíneo da área, contribuindo para a libertação de tecidos lesados ou inflamados e promove também um certo relaxamento que ajuda na diminuição da percepção da dor. A técnica da distração permite que o doente focalize a sua atenção em outros estímulos que não a dor, o que conduz à desfocalização da dor e conseqüentemente à diminuição da percepção da mesma. Importa que o doente participe ativamente nesta técnica, se envolva e se esforce para se centrar em outros estímulos que não o estímulo doloroso, com o objetivo de se abstrair da dor, sendo para isso necessário duas ou mais componentes sensoriais como a visão, a audição, o tato ou o olfato. Como já foi referido a utilização das técnicas não farmacológicas complementa o tratamento farmacológico e a associação de algumas destas técnicas, como por exemplo a massagem e a musicoterapia, ajuda a potenciar o efeito analgésico e permite ao doente abstrair-se da dor, centrar-se em outros estímulos que não o estímulo doloroso, diminuindo assim a sua percepção. Também o relaxamento proporcionado pelas técnicas não farmacológicas contribui para reduzir a ansiedade e conseqüentemente diminuir a dor.

Ainda dentro das técnicas não farmacológicas podemos incluir a presença do enfermeiro, pois na pessoa com dor crónica do foro oncológico torna-se imprescindível que o enfermeiro demonstre disponibilidade, sendo que a disponibilidade envolve o sentar com o doente, a proximidade interior, o toque, colocar de parte os materiais de trabalho, ou seja, fazer sentir ao doente que ele é importante para aquele que o cuida. É também fundamental que o enfermeiro possua capacidade de escuta, para compreender a totalidade da comunicação que o doente transmite, quer de uma forma verbal, quer de uma forma não-verbal. A presença do enfermeiro capaz de oferecer atenção, apoio, confiança, ser confidente nos momentos de partilha do doente, esclarecer, mas sobretudo, escutar e dar-lhe a mão, é sem dúvida essencial na pessoa com dor crónica do foro oncológico. Por vezes, mais do que as palavras, os pequenos gestos, as posturas corporais de abertura, de disponibilidade, desde o não cruzar os membros, o não olhar ao relógio, pois o doente poderá interpretar que o enfermeiro está com pressa, o sentar com o doente, a proximidade interior, o olhar, o toque, facilitam o doente na partilha das suas preocupações, da sua dor e dos seus medos. Por outro lado, os pequenos gestos, já referidos, permitem fazer sentir ao doente que o enfermeiro se interessa e se preocupa com ele. Neste contexto, podemos dizer que a presença do enfermeiro pode ajudar a ultrapassar as dificuldades, medos e

preocupações da pessoa com dor crónica do foro oncológico e contribuir para tranquilizar, diminuir a ansiedade e conseqüentemente minimizar a percepção da dor.

1.3- A DOENÇA ONCOLÓGICA

*“O cancro equivale a desordem.
Não a uma mera desordem fisiológica...
mas a uma desordem de outras ordens do viver,
do sentir e do pensar”*

Graça Carapinheiro (2005)

As doenças crónicas vêm aumentando a um ritmo preocupante em todo o mundo, constituindo um dos problemas de saúde da população e necessitam de cuidados permanentes por um período de vários anos ou décadas. “Dentro das principais doenças crónicas, temos o cancro, que segundo a OMS, continua a ter a sua incidência em mortalidade aumentada. A previsão para 2015 é de que se tenha quinze milhões de novos casos ocorrendo anualmente, sendo que nove milhões destes irão evoluir para o óbito e seis milhões ocorrerão nos países em desenvolvimento.” (Stuchi, Sousa, e Ferreira, 2005:1). A doença oncológica ao estar diretamente relacionada com elevados custos económicos e sociais constitui um problema de saúde que preocupa os profissionais, dado que “merece uma redobrada atenção por parte dos profissionais de saúde, daqueles que decidem sobre os recursos disponíveis para a sua prevenção e tratamento, mas também de todas as pessoas em geral.” (Costa, 2004:33). Neste contexto, podemos dizer que cada pessoa possui capacidades para conhecer e divulgar os fatores de risco da doença oncológica, mas em simultâneo, algumas pessoas, mostram a sua irreverência em desafiar esses mesmos fatores de risco, sendo a pessoa doente muitas das vezes chamada à responsabilidade pelos seus comportamentos e em algumas situações, surge a culpabilização da mesma. Assim, a doença oncológica revela a forma como a pessoa se relaciona com o mundo de hoje, mostra as suas capacidades, as suas potencialidades e ao mesmo tempo as suas fragilidades. A doença oncológica continua a ser uma das doenças mais temidas pela humanidade devido à sua complexidade, cronicidade, elevada mortalidade e sofrimento

associado, pois apesar dos avanços terapêuticos a medicina ainda continua impotente face a muitas situações oncológicas. “Em grande parte dos casos não há possibilidade de cura e a evolução da doença acarreta dor e sofrimento, (...), passa a não existir mais a indicação de manobras terapêuticas específicas para a neoplasia em questão, mas há o controlo dos sintomas.” (Stuchi, Sousa, e Ferreira, 2005:2). No que respeita ao controlo dos sintomas, dentro dos principais sintomas referidos e mais temidos pelos doentes oncológicos “a dor é um dos mais frequentes. Estima-se que 10 a 15% dos doentes com cancro apresentam dor de intensidade significativa nos casos iniciais da doença. Com o aparecimento de metástases, a incidência da dor aumenta 25 a 30% e nas fases muito avançadas da doença 60 a 90% dos doentes referem dor de intensidade bastante expressiva.” (Tulli, Pinheiro e Teixeira, 2003:1). Para algumas pessoas, após o diagnóstico de cancro, as dores associadas a determinados procedimentos terapêuticos tornam-se insignificantes, comparativamente a tudo o que já passaram, mas para a maioria das pessoas com doença oncológica, qualquer procedimento terapêutico, que cause dor, representa uma situação insuportável porque, muitas das vezes, já atingiram os seus limites e as suas capacidades de suportar todos os desconfortos. Verifica-se que, “para um doente oncológico qualquer dor sem causa evidente fá-lo suspeitar de que a doença está a evoluir, e que vai passar a ter queixas permanentes.” (Metzger, Muller, Schwetta e Walter, 2002: 231). Torna-se assim necessário avaliar corretamente a dor e dar especial atenção aos fatores psicológicos e cognitivos nas manifestações das queixas de dor, da pessoa com dor crónica do foro oncológico. Muitas das vezes são as ansiedades, as preocupações, o medo do desconhecido, o medo da própria dor, que exacerba a dor do doente. Um doente ansioso ou preocupado com algo desenvolve um aumento da perceção de dor, que por sua vez conduz a um aumento da ansiedade e vice-versa, desenvolvendo menos tolerância à dor. “A dor gera ansiedade, o que por sua vez resulta num agravamento da dor e consequentemente num aumento do nível de ansiedade. Denomina-se este fenómeno de retro alimentação da dor, que conduz a um ciclo vicioso.” (Leitão, 1992:10). As estatísticas revelam que “perto de 50% dos doentes com cancro sofrem de dor durante a evolução da doença e que este valor atinge os 80% na fase terminal. (...). A repetição dos episódios dolorosos, (...), contribui para que se instale um sofrimento habitualmente qualificado como dor global.” (Metzger, Muller, Schwetta e Walter, 2002: 231). A dor global ou total afeta várias dimensões, desde a dimensão física, surgindo o desconforto, a dor, bem como a alteração da função de órgãos e sistemas, a

dimensão social, ocorrendo, em algumas vezes, o isolamento social, a perda de papéis na sociedade e dentro da família e a perda da atividade laboral. As alterações na dimensão psicológica manifestam-se pela perda de autoestima e autoconfiança. Surgem ainda as questões com que a pessoa doente se confronta acerca do sentido da vida e da morte e que envolvem a dimensão espiritual. Neste contexto, a dor crónica do foro oncológico lança um desafio particular a todos os profissionais de saúde, pois “o doente com dor crónica é multifacetado, (...), o que obriga ao envolvimento e participação de profissionais oriundos de várias disciplinas da saúde.” (Direção Geral de Saúde, 2001:37). Perante um diagnóstico de cancro a pessoa é confrontada com as suas repercussões mais penosas, como a dor e a própria morte e desenvolve um agravamento da sua angústia e ansiedade face ao diagnóstico conhecido. A doença oncológica associada aos aspetos incuráveis e concebida como uma ameaça à vida, contribui para exacerbar a ansiedade e o medo da pessoa doente, assim referem (Mendes e Eustáquio, 2000:22), no estudo que realizaram, em que “o cancro está historicamente associado a sofrimento e morte, e os sujeitos do estudo estão disso conscientes, verbalizando-o como dor, desânimo, medo e tristeza e até angústia.” A pessoa com doença oncológica recorda-se de que é um ser-para-a-morte. Sabendo que a morte faz parte da vida e que cada pessoa atribui um sentido à sua morte em função do sentido que dá à sua vida, podemos dizer que morre-se como se vive. Esta mesma conceção está presente no estudo realizado por (Silva e Merighi, 2006:259), “a forma com que as pessoas enfrentam a morte relaciona-se com o sentido que dão à vida.” Podemos assim dizer que o que dá sentido à vida dá sentido à morte. No entanto, habitualmente, as pessoas não querem falar da morte e recusam-se a aceitá-la. Este facto faz com que, muitas das vezes, sejam dadas, pelos familiares e por alguns profissionais de saúde, falsas esperanças à pessoa doente. A tentativa de tranquilizar, de dar falsas esperanças à pessoa que está a morrer é sobretudo “ (...) o medo de nos encontrarmos connosco mesmos, na verdade do doente e na nossa, o que nos leva a evitar o diálogo na verdade. Talvez a imagem que queremos oferecer aos outros, (...), ao encontrar-se com os olhos do doente (...) encontra-se com a imagem real, devolvida pelos seus olhos como num espelho, e desmonta os nossos esquemas, provocando-nos medo.” (Bermejo, 2005:7). Portanto, a tentativa de tranquilizar estes doentes, é sobretudo “ (...) a tentativa dos próprios consoladores de se tranquilizarem a si próprios, pois o impessoal não permite a coragem de assumir a angústia com a morte.” (Heidegger, 2005:36). Acrescenta o mesmo

autor que "morrer da minha morte é a única coisa que ninguém pode fazer por mim. A minha morte é a minha possibilidade mais pessoal, mais autêntica (...), está presente em cada momento da minha vida, no meu próprio ato de viver. (...)." (Heidegger, 1989:36). Podemos dizer que viver de forma autêntica é reconhecer-se ser-para-a-morte, ou seja, é ter consciência de que se é finito e aceitar a sua própria finitude. A aceitação da finitude traduz-se num processo de crescimento pessoal e maturidade, em que “ (...) mesmo através da eventual angústia da morte, se consegue dar à própria morte o sentido da vida, (...).” (Renaud, 2006a:7). Apesar do esforço contínuo para combater a doença oncológica, as suas causas e as suas consequências, nomeadamente a morte, continua-se a trabalhar para que, ao integrar a morte como dimensão própria da vida, seja prestada uma atenção integral e individualizada aos doentes e às suas famílias e para que seja promovida a autonomia e a dignidade da pessoa doente, que experimenta a vulnerabilidade humana sob a forma de doença oncológica. Neste contexto torna-se fundamental dar especial atenção às necessidades espirituais da pessoa com dor crónica do foro oncológico e acompanhá-la, ajudando-a a viver a sua própria morte. Para (Bermejo, 2005:5) acompanhar significa “ (...) sentar-se à mesa emocional e espiritual do doente, e partilhar quanto há nela: sentimentos, desejos, preocupações, esperanças, ... Acompanhar nos sentimentos e esperanças do outro, passa por fazer um caminho com o que sofre, indo ao seu ritmo, acompanhando as notas musicais do seu mundo interior.” A escuta ativa é fundamental para compreender o doente na totalidade da sua comunicação, ou seja, no que transmite quer de uma forma verbal e não-verbal. Quando o enfermeiro demonstra disponibilidade interior, que se manifesta pela sua capacidade para estar com o doente e capacidade de escuta, faz sentir ao doente que se preocupa com ele, que se interessa verdadeiramente, então estabelece-se uma relação de confiança mútua que facilita a abertura do doente na expressão de sentimentos, na partilha dos medos e da sua dor, tal como diz (Bermejo, 2005:6) “oferecer a oportunidade de drenar as emoções, partilhar os medos, falar espontaneamente daquilo que faz sofrer, da morte, quando o paciente ou a família o deseja, (...), constitui um dos desafios mais importantes (...).” Apesar da doença oncológica ou através dela, é possível crescer pessoal e espiritualmente. Muitas das vezes, são as adversidades da vida que constituem desafios e proporcionam mudanças na pessoa doente, capacitando a mesma para encontrar um sentido positivo para a situação vivida, traduzindo-se no seu crescimento interior e abertura espiritual. Quando isto acontece a vida

toma outra dimensão e a pessoa doente passa a valorizar, apreciar de uma forma mais intensa, a dar mais valor às pequenas coisas, ou seja, a dar mais valor à vida. Torna-se mais sensível aos valores humanos, aos pequenos gestos e atitudes daqueles que a rodeiam.

CAPITULO 2

2- PROBLEMÁTICA DO FENÓMENO EM ESTUDO

*“O método é o caminho para se chegar
a determinado fim”*

António Gil (1991)

2.1- JUSTIFICAÇÃO E FINALIDADE DO ESTUDO

A justificação deste estudo prende-se com o nosso percurso profissional, com o tema dor e com a forma como os doentes com dor crónica do foro oncológico nos sensibilizaram para esta realidade. A dor é um tema que nos fascina, que nos envolve, talvez por apreciarmos o que é objetivo, a subjetividade da dor desafia-nos a encontrar a sua objetividade em cada um dos doentes, percebendo-a como uma experiência individual. Sendo a dor uma experiência subjetiva e individual, há que compreender a dor em cada doente e ao falarmos de dor crónica do foro oncológico, falamos de dor total, não só como uma experiência subjetiva e individual mas também multidimensional, sendo responsável por alterações do âmbito orgânico, do âmbito psicológico, social e espiritual. Desta forma, torna-se imprescindível refletir para compreender como é que a pessoa experiencia a dor crónica do foro oncológico. É a reflexão que possibilita o crescimento pessoal e profissional, direcionando-nos para um melhor cuidar, em que é imprescindível estar disponível, saber escutar, isto é, estar atento á comunicação verbal e não-verbal da pessoa doente, respeitar e acreditar na sua dor, percebendo que muitas das vezes a “boa presença” pode ser analgésica. A Enfermagem tem por objetivo o cuidar da pessoa, ou seja, “...centrar-se naquilo que ela exprime verbal ou corporalmente, o que exprime sobre as suas necessidades, sobre a ajuda que solicita ou que não solicita. (...) Isso exige uma grande atenção para perceber a caminhada da pessoa doente, para adaptar o meu passo ao seu, para eventualmente descodificar um pedido um pouco codificado.” (Heesbeen, 2000:177). Estas reflexões conduzem-nos à necessidade de:

- Compreender como é que a pessoa experiencia a dor crónica do foro oncológico.

Desta forma, a finalidade do estudo impera que os Enfermeiros compreendam a pessoa com dor crónica do foro oncológico na sua globalidade, procurando as particularidades individuais, os significados e as experiências dessa pessoa, para que possam estar mais atentos à singularidade da pessoa doente, para que possam refletir e dar sentido às suas intervenções de forma personalizada e mais autêntica. Para compreender a pessoa com dor crónica do foro oncológico na sua globalidade, há que escutar a pessoa, ou seja, estar atento á totalidade da comunicação que a mesma nos transmite, pois quando o enfermeiro escuta a pessoa, escuta-a também “com o ouvido do espírito e do coração (...), para escutar eficazmente deve oferecer inteiramente a sua presença e a sua atenção à globalidade da pessoa do seu doente. (...) Escutar é (...) aceitar o facto de se deixar impregnar pelo conjunto das suas perceções externas e internas (...).” (Lazure, 1994:15). Sendo o cuidar a essência da Enfermagem e sabendo que o cuidar nos mostra as particularidades de cada pessoa, a autenticidade do outro, então encontramos na fenomenologia a possibilidade de compreender os significados, a experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico. A fenomenologia tem como objetivo, “conhecer uma realidade do ponto de vista das pessoas que a vivem. O que significa que os participantes neste tipo de estudo são os que, verdadeiramente vivem a experiência: a análise fenomenológica implica, assim, uma descrição fina, densa e fiel da experiência relatada.” (Fortin, 1999:149). De acordo com (Streubert, e Carpenter, 2002:63), “a enfermagem encoraja a prestação de cuidados às pessoas atendendo aos seus detalhes enquanto seres humanos e tem os alicerces da sua prática num sistema holístico de crença que cuida da mente, corpo e espírito.” A Enfermagem encontra na fenomenologia a possibilidade de investigar fenómenos difíceis de compreender, pois o cuidar do outro mostra-nos particularidades tão singulares, tão subjetivas e tão autênticas, que podemos dizer ser a fenomenologia um caminho que possibilita compreender a experiência relatada pelas pessoas que a vivem, pois “...a investigação de fenómenos importantes para enfermagem exige que os investigadores estudem as experiências vividas (...). A perspetiva holística e o estudo da experiência tal como é vivida servem de alicerces para a pesquisa fenomenológica.” (Streubert, e Carpenter, 2002:64). Os fenomenologistas não presumem que conhecem o que as diferentes coisas significam para as pessoas que vão estudar. A sua atenção “incide sobre a realidade tal como é percebida pelos indivíduos.” (Fortin, 1999:149). Acrescenta a mesma autora, que a fenomenologia consiste em “descrever o universo percetual de pessoas que

vivem uma experiência que interessa à prática clínica, e o trabalho do investigador consiste em se aproximar desta experiência, em descrevê-la nas palavras dos participantes na investigação, em explicitá-la de forma mais fiel possível e em comunicá-la”. Os fenomenologistas “tentam penetrar no mundo conceptual dos seus sujeitos, com o objetivo de compreender como e qual o significado que constroem para os acontecimentos das suas vidas quotidianas.” (Bogdan, e Biklen, 1994:54). O uso da fenomenologia, de Heidegger, na investigação em enfermagem permite acentuar o valor que esta oferece à individualidade da pessoa e ao conceito que a envolve, ao possibilitar o aprofundar do conhecimento dos fenómenos humanos, inerentes à prática quotidiana da enfermagem. Podemos dizer, que a fenomenologia permite ao enfermeiro desenvolver a capacidade de escuta, de atenção e adquirir a capacidade (competências e habilidades) de reflexão sobre a realidade de cada pessoa doente.

2.2- DELIMITAÇÃO DO FENÓMENO EM ESTUDO

A dor crónica torna-se odiosa, intolerável e inútil e, mais do que um sintoma, torna-se uma doença que domina a vida e as preocupações do doente. Os sintomas algícos somam-se às incapacidades relacionadas com a própria doença e o seu tratamento. Na verdade os doentes com dor crónica do foro oncológico apresentam alterações que vão desde a diminuição da mobilidade, com conseqüente enfraquecimento muscular e articular, distúrbios do padrão de sono, anorexia, dificuldade ou incapacidade de realizar uma atividade, isolamento social e familiar e dependência não só terapêutica, mas dos familiares e dos profissionais de saúde. O estudo realizado por (González-Rendón, e Moreno-Monsiváis, 2007:8), revela que “as atividades com moderada a severa limitação devido à intensidade da dor foram: os trabalhos do lar, caminhar, manejar ou utilizar algum tipo de transporte e o sono.” Acrescentam os mesmos autores que a dor “...pode ter graves efeitos adversos no estado físico, psicológico, emocional, social e espiritual dos doentes, o que se reflete sobre as atividades de vida diárias e condiciona perdas económicas, laborais e sociais...A incapacidade funcional ocasionada pela dor é causa de sofrimento nos doentes, nas suas famílias e nas pessoas próximas.” Estes doentes experimentam também variados sentimentos, desde ansiedade, revolta, frustração, medo, incerteza, podendo evoluir para a depressão. (Pimenta, Koizumi, e Teixeira, 2000:82), no estudo que

realizaram, observaram “que os escores de depressão eram significativamente mais elevados no grupo de doentes com dor, comparados aos sem dor, e que à dor de intensidade maior correspondia escores mais altos de depressão.” Referem ainda os mesmos autores que a “dor e depressão caminham juntas e uma agrava a outra.” Devido à natureza multidimensional que a dor crónica apresenta, “é muitas vezes útil pensar em termos de dor total, que engloba os aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais.” (Twycross, 2003:84). Para além de uma experiência multidimensional, a dor crónica é também uma experiência subjetiva e individual, que varia de pessoa para pessoa e pode até variar na mesma pessoa em momentos diferentes. Torna-se assim fundamental compreender como é que a pessoa experiencia a dor crónica do foro oncológico, pois compreender a pessoa com dor crónica do foro oncológico, a partir da sua perspetiva, permite um cuidar direcionado à sua singularidade e à particularidade da sua experiência. Atendendo a que os enfermeiros são os profissionais de saúde que permanecem mais tempo junto dos doentes e dos seus familiares, constituindo-se em verdadeiros elos, impõe-se que os mesmos compreendam como é que a pessoa experiencia a dor crónica do foro oncológico, compreendam a pessoa, compreendam a pessoa com dor, compreendam a sua dor nas várias dimensões, para que possam proporcionar o melhor cuidado, para que possam encaminhar, para que possam acompanhar, confortar e cuidar de forma autêntica e personalizada.

Na primeira exploração bibliográfica, nas bases de dados da Scielo, Medline, Cinahl e B-on, encontrámos alguns estudos relativos à “avaliação da dor através das escalas de dor”, ao “tratamento farmacológico”, a “escadas de analgesia”, mas existe escassez de publicações sobre a experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico. Apresentam-se de seguida alguns estudos que contribuíram para o desenvolvimento do nosso estudo:

- “Dor crónica e depressão: estudo em 92 doentes”, Pimenta, Koizumi e Teixeira (2000), Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, nº1, vol. 34, São Paulo, pp. 76-83.

Este estudo objetivou analisar a existência de relações entre dor e depressão em noventa e dois doentes com doença oncológica avançada. Os resultados do estudo indicam que os

indivíduos do grupo com dor apresentaram graus de depressão significativamente mais altos que os do grupo sem dor e os doentes com os mais altos graus de depressão experienciaram dor de maior intensidade, ou seja, os sintomas depressivos associaram-se e agravaram a experiência dolorosa. Neste sentido, este estudo permite compreender como a dor crónica afeta os doentes, lhe causa limitações a vários níveis e depressão.

- “O cuidado do paciente oncológico com dor crónica na ótica do enfermeiro”, Silva e Zago (2001), Revista Latino-Americana de Enfermagem, nº 4, vol. 9, Ribeirão Preto: São Paulo, pp. 44-49.

Este estudo teve como objetivo identificar como o enfermeiro interpreta o cuidado com o doente oncológico com dor crónica. Os resultados deste estudo mostraram que os enfermeiros têm dificuldades em desenvolver o cuidado com o doente devido à falta de conhecimentos específicos sobre o cancro, dor crónica e sua terapêutica, como também, nas habilidades expressivas para promoverem o apoio psicológico adequado. Desta forma, a inadequada formação dos enfermeiros a este nível leva-os a não avaliarem a dor de forma sistemática, a subestimarem a frequência de ocorrência da dor e a ignorarem o impacto devastador da dor para o indivíduo. Os resultados também mostraram que o cuidado humanizado é mais uma prática discursiva do que uma ação objetiva e levaram-nos a refletir sobre a importância de dar a conhecer aos enfermeiros a perspectiva da pessoa com dor crónica do foro oncológico, na percepção da sua vivência. Pois para cuidar destes doentes é preciso conhecer, compreender, saber o que o outro necessita e como podemos ajudá-lo nesse processo.

- “Fostering hope in terminally ill patients”, Buckley e Herth (2004), Nursing Standard, nº10, vol.19, pp.33-41.

Este estudo foi realizado a dezasseis pessoas em fim de vida, com idades entre os 56 e os 92 anos, em cuidados paliativos, com o objetivo de compreender o significado de esperança nos doentes terminais. Os resultados do estudo mostram que a esperança permanece, nas pessoas em cuidados paliativos, e se esta desaparece, aumenta a dor psicológica e o sofrimento. Existem sete categorias que promovem a esperança: amor pelas pessoas significativas, espiritualidade, relações positivas com os profissionais de saúde, humor, características pessoais, delinear objetivos concretizáveis e recordações positivas; e

três que a limitam: abandono, dor incontrolável e despersonalização dos cuidados. Assim, o enfermeiro deve promover a independência, estabelecer relações empáticas, desenvolver as suas competências de comunicação, manter o sentido de humor e estimular as recordações.

- “O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica”, Carvalho e Merighi (2005), Revista Latino-Americana de Enfermagem, nº6, vol. 13, Ribeirão Preto: São Paulo, pp. 951-959.

Este estudo teve como objetivo compreender como a mulher com cancro, que vivência o processo de morrer, percebe o cuidado que lhe é prestado pelas (os) profissionais de saúde. Este estudo, a partir da ótica da mulher, permitiu, alcançar o sentido de ser – mulher com cancro no processo de morrer não como algo acabado, mas como um ser de possibilidades, mesmo diante de uma situação factual que é o convívio com a finitude. É a dor presente pela própria finitude, acompanhada pelo luto que já ocupa o espaço constituído pelo existir nessa condição. Neste estudo o caminho da ontologia fundamental de Heidegger abriu horizontes e criou inúmeras possibilidades para que se pudesse compreender o cuidar, entender, esclarecer e desvelar os modos possíveis do viver da mulher no processo de finitude.

- “Doença Oncológica da mama: Vivências de mulheres mastectomizadas”, Amorim (2006), Revista de Ciências da Saúde de Macau, nº2, vol.6, pp.108-113.

Este estudo teve como objetivos: conhecer as emoções e sentimentos de mulheres mastectomizadas relativos ao suporte obtido pela família e rede social, analisar as percepções das mulheres mastectomizadas face às alterações da sua imagem corporal e identificar os sentimentos da mulher mastectomizada perante as alterações da sua imagem corporal. Os resultados deste estudo apontam para as diversas fases do processo de doença bem como os fatores influentes. Abordam-se ainda as questões de diagnóstico, tratamento, reações à doença e a reintegração familiar e social. Os resultados do estudo fazem também referência aos sentimentos da mulher mastectomizada face à alteração da sua imagem corporal e ao estigma originado pela própria doença, a representação, o significado e o conceito da palavra cancro. Desta forma este estudo permite perceber que a doença é inevitável e assim é comum na experiência humana, sendo o cancro uma doença singular,

já que, cada pessoa como ser único, percebe de forma diferente a sua situação de doença e tudo o que a envolve, inclusive a dor, em função da sua vivência.

“Compreendendo o estar com câncer ginecológico avançado: uma abordagem heideggeriana”, Silva. e Merighi (2006), Revista da Escola de Enfermagem, nº2, vol.40, Universidade de São Paulo, pp.253-260.

Este estudo teve como objetivo compreender a vivência da mulher com cancro ginecológico avançado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem fenomenológica. As unificações ontológicas que emergiram foram analisadas e interpretadas, segundo o referencial filosófico de Heidegger. As unificações permitiram vislumbrar caminhos para cuidar dessas mulheres que vão além do conhecimento técnico científico.

- “Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria”, González – Rendón e Moreno – Monsiváis (2007), Revista de la Sociedad Española del Dolor, nº6, vol.14, Madrid: Arán, pp.1-10

Este estudo teve como objetivos: determinar a gestão da dor em doentes com dor crónica, identificar as atividades de vida diária que estão limitadas devido à intensidade da dor, determinar a associação entre a gestão da dor e a limitação nas atividades de vida diária e determinar a diferença entre a intensidade da dor e as limitações nas atividades de vida diária relativamente ao sexo. Os resultados deste estudo mostram que 70% dos doentes apresentam uma inadequada gestão da dor e que as atividades de vida diária com limitações, de moderada a severa, devido à dor são: trabalhos do lar (67,6%), caminhar (62,92%), conduzir ou utilizar algum tipo de transporte (54,3%) e o sono (51%). Verificou-se ainda que a menor pontuação no índice da gestão da dor, corresponde a maior limitação nas atividades de vida diária. Não foram encontradas diferenças entre a intensidade da dor e a limitação de atividades de vida diária no que respeita ao sexo. Este estudo permite identificar que existe uma elevada percentagem de doentes com uma inadequada gestão da dor, o que se reflete numa maior limitação na realização das atividades diárias. Com base neste estudo podemos dizer que se torna imprescindível conhecer e compreender a pessoa com dor crónica, para a ajudar na gestão da sua dor, para que a mesma consiga um melhor

desempenho na realização das atividades de vida diárias e possa desfrutar de uma melhor qualidade de vida.

- “The meaning of hope and social support in patients receiving chemotherapy”, Mattioli, Repinski e Chappy (2008), *Oncology Nursing Forum*, nº5, vol. 35, pp.822-829.

Este estudo foi realizado a catorze pessoas entre os 51 e os 79 anos de idade, com doença oncológica e que se encontravam em tratamento ambulatorio, com o objetivo de explorar e descrever o significado da esperança e do apoio social em doentes que realizam quimioterapia. Verificou-se que a esperança ajuda globalmente a saúde e o bem-estar. O apoio da família, amigos e prestadores de cuidados de saúde é importante para os participantes, durante o processo de doença e tratamento.

- “Prospective descriptive study exploring hope, spiritual well-being, and quality of life in hospitalized patients”, Pipe et al (2008), *Academy of Medical-Surgical Nurses*, nº4, vol.17, pp. 248-257.

Este estudo foi efetuado a quarenta e oito pessoas, em recuperação de uma alteração de saúde grave não especificada, com uma média de idades de 69,9 anos e teve como objetivo avaliar a esperança, o bem-estar espiritual, a qualidade de vida e a capacidade de desempenhar as atividades de vida diárias. Os resultados do estudo demonstraram que a esperança, o bem-estar espiritual e a qualidade de vida estão correlacionados positiva e significativamente. Os cuidados de enfermagem influenciam a qualidade de vida, o tempo de internamento e a capacidade destes doentes para desempenhar atividades. Ressalta a importância da escuta, presença e encorajamento.

- “O doente oncológico com dor crónica – uma abordagem sobre o cuidar na perspectiva de Enfermagem”, Nobre (2008), *Revista Servir*, nº 3/4, vol. 56, Lisboa, pp.133-139.

Este estudo teve como objetivos: identificar como os enfermeiros percebem a dor crónica no doente oncológico e analisar o modo como os enfermeiros percecionam cuidar o doente oncológico com dor crónica. A análise dos resultados, deste estudo, permite verificar que os enfermeiros percebem a dor dos doentes não só através da sua comunicação verbal, mas também pelo que os doentes lhes transmitem através da sua comunicação não-verbal. Apesar de alguns sujeitos do estudo revelarem que utilizam corretamente a escala de dor,

outros não o fazem, atribuindo um valor à intensidade de dor do doente em função da sua própria percepção. Verifica-se também que os sujeitos do estudo referem conhecer e seguir a escada analgésica no controlo da dor e referem que existe pouco conhecimento sobre as técnicas não farmacológicas por parte dos profissionais, no entanto, salientam a este nível que a presença do enfermeiro junto do doente e tocar o doente, pode aliviar a dor. Alguns sujeitos do estudo referem ainda que o tempo é mal gerido, servindo muitas das vezes como uma desculpabilização para aquilo que não se faz e deveria ser feito. Outros sujeitos do estudo acrescentam que não é a quantidade de tempo para estar com o doente o mais importante, mas sim a qualidade do tempo enquanto se está com o doente, fazendo sentir ao doente que ele é importante para aquele que o cuida.

2.3- OBJETIVOS DO ESTUDO

As reflexões sobre a pessoa com dor crónica do foro oncológico levam-nos a colocar a seguinte questão:

- Como é que a pessoa experiencia a dor crónica do foro oncológico?

Desta forma definimos como objetivo geral para este estudo:

- Compreender como é que a pessoa experiencia a dor crónica do foro oncológico.

Foram também definidos os seguintes objetivos específicos:

- Analisar as experiências da pessoa com dor crónica do foro oncológico
- Explicar como é que a dor interfere na vida quotidiana da pessoa com dor crónica do foro oncológico, a nível das várias dimensões (física, psicológica, social, espiritual)
- Explicar as estratégias de gestão utilizadas no controle da dor da pessoa com dor crónica do foro oncológico.

CAPITULO 3

3- DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO

“A investigação qualitativa cultiva a mais útil de todas as capacidades humanas – a capacidade de aprender com os outros”

Patton (1990)

3.1- A FENOMENOLOGIA NA PERSPECTIVA DE MARTIN HEIDEGGER

“As coisas só acontecem, só se mostram, só se anunciam na presença do Ser-aí, o qual chama de Dasein, naquilo que separa o homem de outros entes, e que esta presença é uma condição de mundo, é sempre uma abertura de mundo. Dasein está aberto a possibilidades de criar seus próprios sentidos para a vida, a fim de alcançar sua existência autêntica.”

Monteiro, Rocha, Paz e Souza (2006)

A fenomenologia, com origem no pensamento de Edmundo Husserl (1859-1938), filósofo alemão, é vista como um movimento, cujo principal objetivo é a investigação direta e a descrição dos fenômenos como eles são vivenciados pelo próprio sujeito, o que “possibilita ao pesquisador o acesso à consciência humana, isto é, a volta às coisas mesmas, às essências, o que significa chegar à verdade, à realidade desprovida de estereótipos, estigmas, ou seja, abandonar os preconceitos e pressupostos em relação ao fenômeno interrogado” (Silva e Merighi, 2006:255). Para (Coltro, 2000:38), “a pesquisa fenomenológica parte da compreensão do viver e não de definições ou conceitos, e é uma compreensão voltada para os significados do perceber”. Segundo (Polit e Hunger, 1995:272), a fenomenologia “é um método de pensamento sobre o que são as experiências de vida das pessoas”. Os autores (Monteiro, Rocha, Paz, e Souza, 2006:4), referem-nos que “a fenomenologia como método de estudo é eminentemente uma busca qualitativa, e seu

atributo maior fundamenta-se na linguagem, pois é por meio do discurso que se torna realidade aquilo que faz sentido para o sujeito, e esse sentido manifesta-se mediante a descrição.” Acrescentam os mesmos autores que “a fenomenologia não prescinde de pressupostos teóricos e de uma fórmula rígida de busca da verdade. Ela tem por objetivo ir à coisa mesma, ou seja, revelá-la tal como ela se mostra, se manifesta, se apresenta e, desta maneira, constrói uma verdade.” (Monteiro, Rocha, Paz, e Souza, 2006:4). A experiência revela-nos os fenômenos, ou seja, aquilo que é percebido através dos sentidos, o que surge e se manifesta à consciência. Na fenomenologia é revelada a natureza do fenômeno tal como ele é experimentado. O fenômeno não pode ser separado da sua experiência, e a forma de acesso ao fenômeno faz-se através das descrições pré-refletidas dessa experiência, nas palavras das próprias pessoas. “O significado que as pessoas atribuem às suas experiências, bem como o processo de interpretação, são elementos essenciais e constituintes não acidentais ou secundários àquilo que é a experiência” (Bogdan e Biklen, 1994:55). Husserl teve seguidores, e um deles foi Heidegger, (1889-1976), filósofo alemão, é indubitavelmente um dos pensadores mais importantes do século XX, tanto pela sua contribuição para a filosofia contrapondo-se, de certa forma, à tradição da filosofia (metafísica) quanto pelo esclarecimento e re colocação do problema do sentido do ser pela volta à questão ontológica. A sua obra mais importante, *Ser e Tempo* (1927), apresenta o homem como expressão ontológica, discutindo essa facticidade do existir do ser. Para (Heidegger, 1995:27) “ser é o conceito mais universal e o mais vazio. Como tal, resiste a toda tentativa de definição. Esse conceito mais universal e, por isso, indefinível prescinde de definição. Todas as pessoas o empregam constantemente e também compreendem o que ele, cada vez, pretende designar.” O que Heidegger pretende dizer é que “o ser é sempre as possibilidades que descobrimos nos entes e que nos empenhamos por realizar. Possibilidades às quais damos realidade quando as empreendemos. (...) O ser é o possível do mundo e de nós mesmos, mas um possível entregue aos nossos cuidados e sob nossa responsabilidade.” (Critelli, 2002:88). A questão fundamental da filosofia heideggeriana não é o homem mas sim o ser, o sentido do ser. O método Heideggeriano possibilita chegar à compreensão do ser, através da descrição das situações que os indivíduos vivenciam. “Constitui-se em questionar o ser, interrogando o ente e buscando o sentido do ser.” (Duarte e Rocha, 2011:362). O ponto de partida necessário de toda a tentativa em determinar o sentido do ser, do ente em geral, é o homem como ser-aí ou Dasein.

Heidegger procura “descrever, explicar e compreender as diversas manifestações do sentido do ser, em todas as suas dimensões e, para tanto, parte da interrogação do que ele denomina de Dasein, expressão alemã que significa ser-aí”. (Duarte e Rocha, 2011:363). Heidegger denomina o modo de ser do homem, nossa existência, com a palavra Dasein, cujo sentido é ser-aí, estar aí. Assim, o Dasein é o único que pergunta, é o único capaz de se questionar sobre o sentido do ser, já que o ser é “a maneira como algo se torna presente, manifesto, percebido e conhecido para o ser humano, designado por ele como um ser-aí, pois está inserido em um mundo, não sendo possível a sua conceção como um ser isolado, mas sempre um ser-no-mundo.” (Sales, 2008:564). Desta forma o Dasein é um ser lançado no mundo, enquanto ser-no-mundo.

Heidegger considerava o seu método fenomenológico e hermenêutico. Ambos os conceitos procuram dirigir a atenção para deixar ver aquilo que na maior parte das vezes se oculta, naquilo que na maior parte das vezes se mostra. Assim o trabalho hermenêutico Heideggeriano visa interpretar o que se mostra, isso que se manifesta aí, mas que, no início e na maioria das vezes, não se deixa ver. O valor do conhecimento na enfermagem é, determinado pela sua relevância e significado para uma compreensão da experiência humana. No sentido de obter essa compreensão, “a enfermagem exige modos de pesquisa que ofereçam a liberdade de explorar a riqueza desta experiência. A hermenêutica oferece esta forma de pesquisa. Com a estratégia interpretativa, é fornecido um meio para chegar a uma compreensão mais profunda da existência humana através da atenção à natureza e significado da linguagem.” (Streubert, e Carpenter, 2002:61). Heidegger ao referir-se à linguagem como veículo de manifestação do ser, pretende dizer que, tanto nos significados das palavras como nos sons que elas transportam, há um ser que fala por intermédio da língua. A experiência é o envolvimento do homem no mundo – subjetividade, não como algo pensado mas como vivido. A subjetividade significa que o mundo se torna real através do nosso contacto com ele e adquire significado através da interpretação que damos a esse contacto. A interpretação torna-se essencial para a compreensão da experiência. A experiência refere-se à vivência através de determinada situação, circunstância ou acontecimento no tempo e só acontece porque estamos no mundo, nos relacionamos com ele. O Dasein enquanto ser-com está sempre em contacto com outros entes, sendo desta relação que emerge o cuidado. De acordo com Heidegger, o “cuidado é um modo de

proceder com os entes envolventes no mundo” (Santos, 2006:83). O cuidado como estrutura fundamental do ser-aí assume a forma de solicitude e pode manifestar-se de duas formas: “uma que consiste em retirar o cuidado do outro e tomar-lhe o lugar (estar junto-a) e outra em que se pode devolver o cuidado ao ser cuidado como uma possibilidade existencial de ser, não lhe retirando o cuidado (ser-com) ” (Santos, 2006:83). Podemos dizer que a primeira forma de cuidar “corresponde ao cuidado dominador, onde tudo é feito pelo outro” (Duarte e Rocha, 2011:363). Acrescenta o mesmo autor que a segunda forma de cuidar “refere-se ao cuidado que dá condições ao outro de crescer e assumir o seu próprio caminho”. Sendo o cuidado, considerado como essência da existência humana, torna-se essencial na prática de enfermagem, o que justifica, então, “a busca da compreensão do significado da experiência vivida do ser que recebe e/ou daquele que oferece seus cuidados a outrem.” (Duarte e Rocha, 2011:363). Ao procurar a compreensão do significado da experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico, utilizando o método fenomenológico na perspectiva de Heidegger, procuramos “alcançar contribuições valiosas para o conhecimento das diversas dimensões que envolvem o cuidado no processo de viver humano” (Duarte e Rocha, 2011:363). Este tipo de investigação tem “possibilitado à enfermagem compreender o homem em seu todo, e não mais isoladamente ou em partes, além de ter permitido a compreensão do homem situado no mundo, em sua totalidade de vida.” (Corrêa, 1997:87). Desta forma, a fenomenologia pode ser o caminho que a enfermagem encontre para investigar os aspetos que envolvem o processo de cuidar da pessoa doente, já que o cuidar revela facetas tão particulares e autênticas e que a fenomenologia pode desvendar. A fenomenologia “ (...) objetiva desvelar a quotidianidade do mundo do ser, onde a experiência se passa através da descrição de suas vivências.” (Duarte e Rocha, 2011:364).

3.1.1- O Ser e o Dasein

Heidegger sustenta que só é possível pensar o ser através do Dasein, cujo sentido é ser-aí, estar no mundo. Em Heidegger o ser é pensado como possibilidade e não como fundamento. Como a problemática se insere justamente na questão do sentido do ser, Heidegger esclarece que o Dasein, ente que somos, possibilita pensarmos o sentido do ser.

Chama-se de “ente” muitas coisas e em diversos sentidos, ou seja, “ente é tudo de que falamos, tudo que entendemos, com que nos comportamos dessa ou daquela maneira, ente é também o que e como nós mesmos somos. Ser está naquilo que é e como é, na realidade, (...), ” (Heidegger, 1995:32). O conceito de Dasein traduzido por ser-aí assume um papel fundamental na metafísica heideggeriana. É o ser-aí que permite o entendimento do ser, a partir do próprio ser em três níveis de conhecimento. “No nível ôntico, o ser-aí seria determinado pela presença do ser, entre os entes. No estágio ontológico, o ser-aí é compreendido como existência num tempo determinado, “aí”, fundamentando o ser. Por fim, na esfera ôntico-ontológica, o ser-aí determinar-se-ia pelo ser em sua atuação no mundo, (...) ” (Heidegger, 1983:150). Podemos dizer que ser-aí é aquilo que é característico do homem. Na concepção heideggeriana, só o homem existe como um ser-aí capaz de revelar-se. “O homem teria a possibilidade de trazê-lo à luz e apresentar-se enquanto tal, ou seja, sendo um ser que se mostra no tempo. Por ser dotado de linguagem, o homem tem a condição necessária para a manifestação do próprio ser no tempo, (...) ”. (Heidegger, 1983:150). Elaborar a questão do ser “significa, portanto, tornar transparente um ente – o que questiona – em seu ser. (...) Esse ente que cada um de nós somos e que, entre outras, possui em seu ser a possibilidade de questionar, é designado com o termo presença.” (Heidegger, 1995:33). Heidegger indica que “as coisas só acontecem, só se mostram, só se anunciam na presença do ser-aí, o qual chama de Dasein, naquilo que separa o homem de outros entes e que esta presença é uma condição de mundo, é sempre uma abertura de mundo. O Dasein está aberto a possibilidades de criar seus próprios sentidos para a vida, a fim de alcançar sua existência autêntica” (Monteiro, Rocha, Paz e Souza, 2006:4). O Dasein é aquele que em virtude do seu próprio ser, tem a possibilidade de questionar, e só o Dasein pode realizar as escolhas das possibilidades, nas quais se projeta. A essência do ser-aí é sua existência. Para Heidegger existência designa “toda a riqueza das relações recíprocas entre presença e ser, entre presença e todas as entificações, através de uma entificação privilegiada, o homem. Nessa aceção, só o homem existe. A pedra é mas não existe. O carro é mas não existe. (...)” (Heidegger, 1995:310). A ontologia de *Ser e Tempo* tem como ponto de partida, a análise do “ente” que se relaciona com o próprio ser. Essa pré-compreensão ontológica, Heidegger denomina existência e refere que, o que a define, “não é qualquer aspeto material ou psíquico, mas um modo de ser: a existência é constante projeção em possibilidades escolhidas” (Heidegger, 1984:66).

Na definição de existência, o afastamento dos aspetos materiais e psíquicos, leva o autor a designar esse “ente” com o termo Dasein (Ser-aí). Desta forma, a expressão existência não significa realidade ou aquilo que está no mundo, mas existência, vem do verbo ek-sistere, ek-existência, e compreende-se “como aquilo que na verdade emerge, desvela.” (Monteiro, Rocha, Paz e Souza, 2006:4). Na obra *Ser e Tempo*, fica claro que, para Heidegger, existir é interpretar-se, é questionar-se a todo instante, isso só é possível por sermos Dasein. Só o Dasein tem a possibilidade de questionar e de realizar as escolhas das possibilidades, nas quais se projeta. A essência do ser-aí é sua existência. Existem dois modos de estar no mundo e que consistem na existência autêntica e inautêntica. A existência autêntica caracteriza-se como um modo próprio de ser, “refere-se à propriedade do existir, em que o Dasein torna-se si mesmo ao reconhecer-se enquanto um ser de presença, que pretende libertar-se do anonimato e da impessoalidade” (Duarte e Rocha, 2011:363). A existência inautêntica caracteriza-se como um modo impróprio de ser, “como uma impropriedade, ou seja, uma esfera da existência que segue sem direção própria. (...) as possibilidades de ser-no-mundo são projetadas nos objetos e o mundo passa a ser foco de preocupação. Neste modo de existir, o homem evita toda a responsabilidade pessoal, aceitando as opiniões e normas que vêm da massa. O eu individual abandona a possibilidade de “ser si próprio” e perde-se no meio do todo, torna-se anônimo e impróprio.” (Duarte e Rocha, 2011:363). A existência inautêntica, para o filósofo, fomenta as três constituições fundamentais de ser desse modo de existir do ser-aí, que são “a facticidade, a existencialidade e a ruína” (Chauí,1996:7). Segundo o mesmo autor, a **facticidade** diz respeito ao facto do homem “estar jogado, lançado no mundo sem alternativas de escolhas, ou seja, sem que a sua vontade tenha participado disso.” Acrescenta o autor, que o mundo aqui não se reduz a um universo físico, mas trata-se de um componente fundamental na formação do indivíduo e “o conjunto de condições geográficas, históricas, sociais e económicas, em que cada pessoa está imersa, interferem de maneira contundente na existência humana”. A **existencialidade** ou transcendência refere-se “à existência interior e pessoal, levando em conta que o homem é um ser que se projeta para fora de si mesmo, mas jamais pode sair das fronteiras do mundo em que se encontra submerso.” (Chauí, 1996:7). Podemos dizer que a existencialidade ou transcendência é constituída “pela apropriação das coisas do mundo, por parte de cada indivíduo.” (Costa, 2010:155). Acrescenta a mesma autora, que o homem “antecede suas próprias possibilidades e as

transforma para alcançar aquilo que deseja ser. (...), o ser-aí está sempre objetivando algo, lançando-se para fora de si mesmo. (...) O homem inautêntico projeta-se juntamente com os utensílios que ele manipula. O homem transcende porque está sempre procurando algo fora dele, no entanto, não se consegue desligar dos objetos, permanecendo dessa maneira no plano ôntico.” A **ruína** traduz o modo de ser do cotidiano, sujeito ao domínio do impessoal, caracteriza-se pelo falatório, curiosidade e ambiguidade, ou seja, significa “o desvio de cada indivíduo de seu projeto essencial, em favor das preocupações quotidianas, que o distraem e perturbam, confundindo-o com a massa coletiva.” (Chauí,1996:8) Podemos concluir, que a ruína envolve “a capacidade de cada individuo distanciar-se do seu projeto essencial que é o ser, deixando-se arrastar pelas preocupações do cotidiano, perdendo sua característica de ser individual, retraindo-se no anonimato. Assim ele vegeta na banalidade das ocupações corriqueiras, desviando-se de si mesmo e do projeto ontológico.” (Costa, 2010:156).

Toda esta conjuntura que envolve a existência inautêntica não permite ao homem uma apropriação do ser da presença, afastando-o do seu modo de ser mais próprio, pois o homem, nesta situação, nega a si próprio em detrimento dos outros, mergulhando-se no profundo anonimato do ser social. Desta forma a pessoa é arrastada pelos entes intramundanos com os quais convive, “deixa-se dissolver na ocupação, perdendo de vista a dimensão de sua temporalidade. (...), a temporalidade configura-se como o eixo fundamental da presença, que existe enquanto finitude. (...) A presença é essencialmente ser-para-a-morte.” (Costa, 2010:156) Acrescenta o mesmo autor que “o privilégio do homem em relação aos demais entes desvela-se, sobretudo, na apropriação mais própria e originária do seu findar. (...), assumir originariamente esse findar coloca o homem na esfera do ser”. Pois o ser-aí é o único que tem consciência da própria finitude e assumir originariamente o sentido do findar, um sentido que lhe é somente seu, permite compreender que o ente que nós mesmos somos, se fundamenta num ser-para-a-morte. Esta compreensão, do ser-para-a-morte, permite ao homem

“perceber toda a nulidade do seu projetar-se, (...) o apego aos utensílios, todo o modo de ser da existência inautêntica se mostra desprovida de sentido. O homem passa agora a ocupar-se de questões que podem levá-lo à descoberta do ser. Esses novos elementos caracterizam a vida autêntica que acontece simultaneamente com a apropriação originária do findar, ou seja, com a compreensão do ser-para-a-morte.” (Costa, 2010:157).

A compreensão da finitude conduz o ser-aí para o sentimento da **angústia** e a partir da apreensão da angústia, o homem percebe-se como um ser-para-a-morte. Heidegger considera o homem como um ser-no-mundo, que se caracteriza como um ser-para-a-morte. Refere também, (Heidegger,1989:33), que “não se deve confundir a angústia com a morte com o temor de deixar de viver. (...), a angustia não é um humor “fraco”, arbitrário e casual de um individuo singular, mas sim a abertura do facto de que, como ser-lançado, a presença existe para seu fim.” Referindo-se a Heidegger, (Chauí,1996:8), acrescenta que a angústia é “dentre todos os sentimentos e modos da existência humana, aquele que pode reconduzir o homem ao encontro de sua totalidade como ser e juntar os pedaços a que é reduzido pela imersão na monotonia e na indiferenciação da vida quotidiana.” A angústia “pode ser entendida como um sentimento de redenção, pois eleva o homem ao seu estado ontológico. (...), o homem angustiado ignora todas as trivialidades do quotidiano, a angústia apresenta-se de forma totalizadora, abarcando todo o pensar e agir do ser-aí. Tudo fica desprovido de sentido, a angústia torna-se o passado e o presente, envolve toda a existência do ser-aí.” (Costa, 2010:157). Neste contexto, podemos dizer que a angústia é o único sentimento que pode levar o homem ao encontro com o próprio ser, pois a angústia apresenta a possibilidade do homem elevar-se até ao autoconhecimento em sua dimensão mais profunda. É, portanto, no ser-para-a-morte que está a possibilidade do Dasein existir de modo autêntico. Segundo (Costa, 2010:157), nesta fase da angústia, o homem depara-se com dois caminhos, ou “foge para a vida quotidiana esquecendo a sua dimensão mais originária que é o ser e volta a projetar-se para fora de si mesmo, procurando o sentido ontológico nos outros entes, ou permanece onde está, na angústia e se acolhe dentro de si mesmo.” A existência autêntica permite ao homem a revelação do ser, por este ter que emergir da angústia para se colocar no seu devido lugar de Dasein. Mas, a compreensão da condição da angústia não acontece original e quotidianamente. Original e quotidianamente, o Dasein compreende de modo inautêntico essa condição, esquivando-se da facticidade e do ser-para-morte.

Segundo Heidegger, não há sujeito sem mundo, assim como não há homem sem Dasein. O Dasein enquanto ser-no-mundo é um ser lançado no mundo. Desta forma, sendo o Dasein um ser-no-mundo há também a existência de um outro ser-em-comum, pois, ser-no-mundo se refere também a ser com os outros. Se pensarmos na pessoa com dor crónica do foro

oncológico, vislumbramos na ontologia existencial de Heidegger a possibilidade de compreensão de alguns aspetos da existência destas pessoas, que são seres lançados no mundo no qual convivem e compartilham experiências. “Por ser o discurso um existencial originário da abertura, ele é constituído pelo ser-no-mundo, (...). Existencialmente, o discurso é linguagem porque aquele ente, cuja abertura se articula em significações, possui o modo de ser-lançado-no-mundo, dependente de mundo.” (Monteiro, Rocha, Paz, e Souza, 2006:4). Referem os mesmos autores, que a “abertura do ser-aí é que lhe permite essa expressão linguística e que o discurso é uma instância ontológica que pode ser manifestada em diversas línguas, compartilhada com outros, e que permite transmitir vivências, partilhar sentidos e trazer informações do próprio interior do sujeito”. O discurso tem vários constituintes, manifesta-se por meio da linguagem, que pode ser escrita, falada, gestual, ou mesmo a linguagem silenciada. “Estes constituintes podem-se partilhar no ser (...) e para que haja a compreensão, é necessária a escuta, ouvir o que o ser busca revelar. A escuta atenta do discurso é o estar ouvindo compartilhando o ver, e é aqui que a intencionalidade da consciência possibilita sua direccionalidade.” (Monteiro, Rocha, Paz, e Souza, 2006:4). Portanto, “para o pesquisador compreender o significado ou desvelar o sentido contido no discurso, tem de existir um grande envolvimento com a subjetividade, e é esta que garante a objetividade.” (Monteiro, Rocha, Paz, e Souza, 2006:5). Na perspectiva de Heidegger, é possível compreender a experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico, pela descrição da sua experiência. É, pois, com base nessa abertura e na escuta atenta do discurso da pessoa doente, ou seja, o estar a ouvir compartilhando o ver, através das formas de linguagem utilizadas, desde a falada, gestual à silenciada, que se incluem as emoções, os sentimentos, a vida afetiva, a esperança e outros aspetos fundamentais da existência humana.

3.2- A FENOMENOLOGIA NA PERSPECTIVA DE DESCHAMPS

“A fenomenologia visa colocar em evidência a experiência vivida pelos co investigadores ligados ao fenómeno estudado, com a ajuda de uma análise descritiva das significações da linguagem. Esta análise consiste em penetrar o sentido intencional contido nos dados descritivos, descobrindo nestes, sem interpretação, a essência da experiência específica da pessoa.”

Deschamps (1993)

A abordagem fenomenológica procura “colocar em evidência a experiência vivida pelos co investigadores ligados ao fenómeno estudado, com a ajuda de uma análise descritiva das significações da linguagem.” (Fortin, 1999:315). Segundo (Deschamps, 1993: 54) esta análise consiste em “penetrar o sentido intencional contido nos dados descritivos”, de forma a descobrir nos mesmos a essência da experiência vivida pela pessoa. A pesquisa qualitativa, de natureza compreensiva, procura focar o que é vivenciado pelo sujeito a partir das descrições fenomenológicas e desvelar, o que lhes é significativo. A orientação fenomenológica permite-nos estudar o fenómeno a partir do significado que este tem para o sujeito, trata-se de identificar as percepções que o mesmo tem da realidade, utilizando como fonte de dados, as suas descrições. Tal como nos diz (Fortin, 1999:149), os investigadores fenomenologistas incidem a sua atenção sobre a “realidade tal como é percebida pelos indivíduos. O estudo dos fenómenos consiste, em descrever o universo perceptual de pessoas que vivem uma experiência que interessa à prática clínica”. Acrescenta a mesma autora, que o trabalho do investigador baseia-se “em se aproximar desta experiência, em descrevê-la nas palavras dos participantes na investigação, em explicitá-la de forma mais fiel possível e em comunicá-la”. A fenomenologia procura explicar os significados das experiências tal como são vividas no quotidiano, ou seja, constitui uma tentativa sistemática de descobrir e descrever as estruturas internas das experiências vividas.

Segundo (Deschamps, 1993), são quatro as etapas da redução fenomenológica, sendo que a primeira consiste na colocação em evidência do sentido global do texto, a segunda envolve a identificação das unidades de significação, posteriormente a terceira etapa aborda o

desenvolvimento do conteúdo das unidades de significação e por fim, na última etapa temos a síntese do conjunto das unidades de significação.

O uso da perspectiva fenomenológica na investigação em enfermagem permite acentuar o valor que esta oferece à individualidade da pessoa e ao conceito que a envolve ao possibilitar o aprofundar do conhecimento dos fenômenos humanos inerentes à prática de enfermagem. Sabendo que a Enfermagem, como ciência, tem por objetivo o cuidar do outro, então encontra na fenomenologia a possibilidade de investigar fenômenos difíceis de compreender, pois o cuidar do outro mostra-nos particularidades tão singulares e tão autênticas, que podemos dizer ser a fenomenologia um caminho que possibilita compreender as experiências, os seus significados, como é o caso do nosso estudo: possibilita compreender a experiência da pessoa com dor crônica do foro oncológico, conduzindo a um cuidar mais autêntico e personalizado. Pois a fenomenologia ao possibilitar compreender a pessoa doente, os seus significados e as suas experiências, permite que os enfermeiros se tornem mais atentos, desenvolvam a capacidade de escuta e adquiram capacidade de reflexão sobre a realidade e o modo de ser de cada pessoa que cuidam, para que cada pessoa e o cuidar possam ser olhados de modo diferente, dando sentido às suas intervenções de uma forma mais autêntica e personalizada. Tendo em vista que a fenomenologia visa “compreender a existência do ser humano e uma vez que a tendência da enfermagem é retomar e considerar o homem em sua totalidade existencial...” (Silva e Merighi, 2006:255), então é possível olhar para a pessoa com dor crônica do foro oncológico, enquanto ser situado no mundo, possibilitando à mesma desvelar o sentido das suas experiências, permitindo assim captar a essência do fenômeno, a natureza dessas experiências, a partir da sua perspectiva. Partindo dos pressupostos filosóficos que fundamentam a fenomenologia e que a pesquisa fenomenológica traduz a procura do significado do ser humano, ou seja, do que significa estar no mundo, vê-se a possibilidade de compreender o fenômeno: a experiência da pessoa com dor crônica do foro oncológico, da forma que ele se mostra em si mesmo.

3.3- PERCURSO METODOLÓGICO

*“O método é o caminho para se chegar
a determinado fim”*

António Gil (1991)

3.3.1- Tipo de estudo

Sendo a dor crónica do foro oncológico uma experiência subjetiva, individual e multidimensional torna-se necessário compreender como é que a pessoa a experiencia, procurando as particularidades individuais, os significados e as experiências dessa pessoa. Desta forma, consideramos que a abordagem qualitativa é o caminho mais coerente para conseguir compreender o significado da experiência vivida pela pessoa com dor crónica do foro oncológico, pois o foco de atenção da pesquisa qualitativa está direcionado para o específico, o particular, o individual do fenómeno, procurando, assim, compreendê-lo, pois “permite aos sujeitos responderem de acordo com a sua perspetiva pessoal, em vez de terem de se moldar a questões previamente elaboradas” (Bogdan e Biklen,1994:17). O tipo de pesquisa qualitativa “baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores” (Polit e Hungler,1995:270). O investigador, na abordagem qualitativa, não se coloca como perito, pois trata-se de uma nova relação sujeito-objeto e reconhece que a mesma é marcada pela intersubjetividade, pois o investigador “está, enquanto ser humano, ligado ao seu objeto e o objeto, igualmente um sujeito humano, é dotado de um saber e de uma experiência que se lhe reconhece. Esta intersubjetividade marca uma posição inovadora quanto ao desenvolvimento do conhecimento.” (Fortin, 1999:148). Olhar a pessoa com dor crónica do foro oncológico, a partir da sua perspetiva, permite compreender como é que a mesma experiencia a dor, uma vez que na abordagem qualitativa “se investiga “com” e não “para” as pessoas de interesse (...)” (Fortin, 1999:148), o que possibilita um cuidar direcionado à singularidade da pessoa e à particularidade da sua experiência. Acrescenta a mesma autora, que alguns investigadores “vão ao ponto de designar os sujeitos do seu estudo como co-

investigadores”. Neste sentido os nossos propósitos levaram-nos a optar por um método de investigação qualitativo de orientação fenomenológica, na perspectiva de Heidegger. A orientação fenomenológica permite-nos estudar o fenómeno a partir do significado que este tem para a pessoa, identificando as perceções que a mesma tem da realidade e são as suas descrições que constituem a fonte de dados. Desta forma a pesquisa fenomenológica é pertinente à enfermagem, já que procura compreender a pessoa na sua totalidade existencial, pois o investigador “não considera os conhecimentos que possui no domínio estudado e abstém-se de recorrer a uma teoria existente para tentar explicar o que observa.” (Fortin,1999:148), sendo que, as respostas são dadas pelas pessoas que experienciam o fenómeno. De acordo com (Bogdan, e Biklen, 1994:53) “os investigadores fenomenologistas tentam compreender o significado que os acontecimentos e interações têm para pessoas vulgares, em situações particulares.” Acrescenta o mesmo autor que os fenomenologistas “tentam penetrar no mundo conceptual dos seus sujeitos, com o objetivo de compreender como e qual o significado que constroem para os acontecimentos das suas vidas quotidianas.” A investigação fenomenológica procura descobrir a essência, a natureza intrínseca de um fenómeno, procura explicar os significados das experiências tal como são vividas no quotidiano, ou seja, constitui uma tentativa sistemática de descobrir e descrever as estruturas internas das experiências vividas. Do ponto de vista fenomenológico, investigar, é sempre questionar o modo como experienciamos o mundo, é querer conhecer o mundo no qual vivemos como seres humanos.

Heidegger apresenta o homem como expressão ontológica, discutindo essa facticidade do existir do ser. “O ser ocorre no tempo, e o facto de existirmos no tempo leva-nos a constantes mudanças, deparando-nos com novas possibilidades e convivendo com elas à medida que continuamos existindo no tempo.” (Monteiro, Rocha, Paz e Souza, 2006:3). Na pessoa com dor crónica do foro oncológico, vislumbramos na ontologia existencial de Heidegger a possibilidade de compreensão de alguns aspetos do “existir” destas pessoas, que são seres lançados no mundo no qual convivem e compartilham experiências, pois nenhuma pessoa existe se não for com algo ou com alguém. É, pois, com base nessa abertura, que se incluem as emoções, os sentimentos, a vida afetiva e outros aspetos fundamentais da existência humana. Desta forma o fenómeno em estudo remete-se e aproxima-se da fenomenologia existencial, uma vez que a pessoa com dor crónica do foro

oncológico, como sujeito consciente no mundo, vive uma experiência concreta no seu mundo/vida, atribuindo-lhe significados, de acordo com os seus costumes, saberes e valores, vividos intersubjetivamente com o outro. Enfrentando as suas realidades, os sujeitos do estudo permitiram-nos abordá-los a fim de desvelar o fenómeno na sua essência.

3.3.2- Sujeitos do estudo

Tendo em vista a natureza do estudo, o número de doentes considerado como sujeitos do estudo não foi estipulado inicialmente, utilizámos assim uma amostra intencional de dez doentes, da Consulta da dor do HJJF- Beja. A amostra foi determinada no decorrer das entrevistas, de acordo com o conteúdo das mesmas, ou seja, a partir do momento em que percebemos que a informação recolhida, através das entrevistas, se tornou redundante. De acordo com (Fortin,1999:156), “uma amostra de grande tamanho é de evitar em investigação qualitativa, porque gera um enorme amontoado de dados, difícil de analisar.” Esta ideia é reforçada por (Polit e Hungler, 1995:277), ao referirem que a pesquisa qualitativa “tende a produzir grandes quantidades de dados narrativos e consequentemente, torna-se impraticável para o pesquisador utilizar amostras grandes (...).” Desta forma a pesquisa qualitativa deve “incluir tantos sujeitos quantos os necessários para atingir a saturação dos dados. Este conceito de saturação (...) faz referência ao momento da colheita de dados a partir do qual o investigador não apreende nada de novo dos participantes (...).” (Fortin, 1999:156). Ainda segundo (Deslauriers, 1991), a análise do discurso de um participante permite aclarar as etapas seguintes da colheita, pois procede-se à análise dos novos dados até que se verifique o fenómeno da saturação de dados. “Este fenómeno é reconhecido pelo investigador quando as categorias de análise estão estabilizadas e as informações suplementares não acrescentam mais nada de novo à compreensão do fenómeno estudado.” (Fortin, 1999:306). A seleção dos sujeitos do estudo foi feita intencionalmente, pois “a lógica e o poder da amostra intencional está na seleção de casos ricos de informação para estudar em profundidade.” (Patton, 1990:169). Foram critérios de inclusão:

- Aceitar participar no estudo

- Possuir preservada a sua capacidade cognitiva (dados obtidos com a aplicação do teste Mini Mental State) (Anexo D).

- Ter doença oncológica

- Ser seguido na consulta da dor do HJFF- Beja

De referir que a todos os sujeitos do estudo foi aplicado o Mini Mental State e verificou-se que todos tinham as suas capacidades cognitivas mantidas, perfazendo um total de trinta pontos em cada teste.

A caracterização da amostra encontra-se no quadro que se segue:

Quadro 1 - Características gerais dos entrevistados

Identificação	Idade	Sexo	Patologia	Tempo da doença	Tempo da consulta da dor	Profissão
E1	72	F	Neoplasia do cólon com metástases pulmonares e ósseas, há 2 anos	7 Anos	2 Anos	Doméstica
E2	56	M	Neoplasia do cólon	1 Ano	1 Ano	Reformado (servente de pedreiro)
E3	54	F	Neoplasia do ovário direito	4 Anos	4 Anos	Reformada (Auxiliar de ação médica)
E4	46	F	Neoplasia da mama bilateral	2 Anos	1 Ano	Reformada (Trabalho doméstico na casa de outra pessoa)
E5	76	M	Neoplasia do cólon com metástases pulmonares, há 2 anos	5 Anos	2 Anos	Reformado
E6	63	F	Neoplasia do Pâncreas	1 Ano	1 Ano	Reformada
E7	44	F	Linfoma	1 Ano	1 Ano	Reformada (Trabalho doméstico na casa de outra pessoa)
E8	60	M	Neoplasia do pulmão com metástases do rim direito	1 Ano	1 Ano	Reformado (Tem uma loja onde trabalhava com a esposa)
E9	68	M	Neoplasia do intestino com metástases do pulmão, fígado, há 2 anos	3 Anos	2 Anos	Reformado
E10	53	F	Neoplasia da mama esquerda	1 Ano	1 Ano	Reformada (trabalhava no campo)

3.3.3- Procedimento de recolha de dados

Antes de iniciarmos todo o processo que conduziria à realização do estudo, efetuámos um pedido de autorização ao Presidente do conselho administrativo do HJJF- Beja, o qual nos foi concedido. (Anexo A). Como instrumento de colheita de dados utilizámos a entrevista, tal como refere (Fortin, 1999:158), um dos “principais métodos da colheita de dados em investigação qualitativa é a entrevista (...)”. Nesta perspetiva, acrescenta (Gil, 1991:113), que enquanto técnica de colheita de dados, “a entrevista é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes”. Utilizou-se o tipo de entrevista não estruturada, em que “a formulação e a sequência das questões não são predeterminadas, mas deixadas à discricção do entrevistador.” (Fortin, 1999:247). Dentro dos diversos graus de estrutura da entrevista não estruturada, utilizamos a entrevista parcialmente estruturada, em que, segundo a mesma autora, “o responsável apresenta uma lista de temas a cobrir, formula questões a partir destes temas e apresenta-os ao respondente segundo uma ordem que lhe convém. O objetivo (...) é que no fim da entrevista todos os temas propostos tenham sido cobertos.” Neste tipo de entrevista (Moreira,1994:139) reforça que “o entrevistador faz sempre as perguntas principais, mas é livre de alterar a sua sequência ou introduzir novas questões, na procura de mais informação. (...) O entrevistador adapta o instrumento ao nível de compreensão e recetibilidade do entrevistado”. Desta forma, utilizamos um guião da entrevista (Anexo B), “com as grandes linhas dos temas a explorar, sem indicar a ordem ou a maneira de colocar as questões.” (Fortin, 1999:247), sendo que os temas propostos envolvem:

- A descrição da dor
- O viver o dia-a-dia com a dor
- A forma de lidar com as limitações impostas pela dor/doença
- As estratégias de gestão utilizadas no controle da dor

Após a autorização da chefe do serviço, onde o estudo decorreu, falámos individualmente com os sujeitos do estudo selecionados, onde lhes demos a conhecer o tema do estudo, os objetivos, qual o método que iria ser utilizado para registar a informação (o gravador)

tendo sido logo combinado o local, a data e a hora em que as entrevistas se realizariam. Foi-lhes garantido o sigilo e anonimato e os sujeitos do estudo deram o seu consentimento livre e esclarecido (Anexo C) quanto às perspectivas e ao propósito desta investigação. Todos os contactados acederam em participar no estudo. De acordo com o objetivo estabelecido, elaborámos o guião da entrevista (Anexo B) de modo a permitir aos entrevistados exprimirem-se livremente, seguirem espontaneamente a linha dos seus pensamentos e experiências e em simultâneo permitir que os mesmos não se desviassem da problemática em estudo. Antes da realização das entrevistas foi feito um pré-teste com dois doentes não pertencentes ao estudo, mas que se encontravam dentro dos critérios previamente definidos. Após a realização do pré-teste verificámos que os temas propostos, no guião da entrevista, davam resposta ao que se pretendia estudar, os termos utilizados estavam claros e foram compreendidos pelos entrevistados, não tendo sido necessário efetuar reformulações. O pré-teste permitiu testar a validade do instrumento de colheita de dados, treinar o uso do gravador e testar também o nosso comportamento como entrevistador.

O processo de recolha de dados realizou-se em Outubro e Novembro de 2010. As entrevistas ocorreram nos dias em que os doentes tiveram a consulta da dor, realizaram-se numa outra sala, que não a da consulta, em ambiente privado, de forma individual, no H.J.J.F. - Beja. No final de todas as entrevistas, após desligar o gravador, alguns entrevistados sentiram necessidade de ficar mais um pouco a falar, permitindo-nos constatar que os sujeitos do estudo estavam à vontade, não se mostrando inibidos sobre os temas abordados na entrevista. Todas as entrevistas foram transcritas e lidas no dia em que foram realizadas, foi garantido o anonimato dos entrevistados pois foi atribuído um código a cada uma das entrevistas, só por nós conhecido. De referir que a ordem (E1, E2, ...) atribuída às entrevistas, não corresponde à ordem em que decorreram as entrevistas, para que não possibilitasse a identificação dos entrevistados. Após as dez entrevistas demos por terminada a primeira fase de recolha de informação, uma vez que as entrevistas realizadas nos permitiram atingir a saturação de dados. Como refere (Bogdan e Biklen, 1994:96), os investigadores qualitativos “aferem a altura em que terminaram o estudo quando atingem aquilo que designam por saturação de dados. O ponto da recolha de dados a partir do qual a aquisição de informação se torna redundante.” Neste contexto, (Straubert

e Carpenter, 2002:67), acrescentam que “a colheita de dados continua até o investigador acreditar que a saturação foi alcançada, isto é, quando não emergem novos temas ou essências dos participantes e os dados se repetem”. Após leitura, releitura das entrevistas sentimos necessidade de regressar aos sujeitos do estudo para validação das descrições. Regressámos aos participantes em Fevereiro de 2011, todas as descrições foram validadas. Após a colheita de dados e a sua transcrição, iremos proceder, no ponto seguinte, à análise dos dados.

3.3.4- Procedimento de análise de dados

Após a colheita de dados e a sua transcrição, iremos proceder às diferentes etapas da redução fenomenológica. Optou-se por seguir o percurso metodológico preconizado por Deschamps, por nos parecer o que melhor responde aos objetivos da investigação em curso. Desta forma, iremos percorrer as seguintes etapas, (Deschamps, 1993):

- 1- Colocação em evidência do sentido global do texto
- 2- Identificação das unidades de significação
- 3- Desenvolvimento do conteúdo das unidades de significação
- 4- Síntese do conjunto das unidades de significação.

A primeira etapa envolve a “Colocação em evidência do sentido global do texto”, assim, para desvelar o fenómeno, para alcançar o sentido do ser de cada participante, num primeiro momento foram realizadas várias leituras de cada uma das entrevistas dos sujeitos do estudo e procedeu-se à transcrição das mesmas. A descoberta do sentido global serve para entrar no conteúdo do texto familiarizando-se com a experiência relatada através da leitura repetida do texto. (Deschamps, 1993). Procurámos em cada leitura a presença de algumas das estruturas fundamentais do ser, propostas por Heidegger, delimitando, então as unidades de significação, pois a segunda fase da análise diz respeito à “Identificação das unidades de significação”, que consiste em subdividir o texto em unidades de significação naturais, as quais são partes do texto que ilustram fatos ligados ao fenómeno. A distinção das unidades de significação é feita por uma análise espontânea do investigador, no respeito total do que é dito pelo co- investigador. O investigador deve então decompor o conteúdo do verbatim em tantas unidades quantas se podem destacar de cada transição

temática observada aquando da leitura, e isto na perspectiva de cada participante. As unidades de significação destacadas permitem passar do vivido (experiência) para o conceito (estrutura típica do fenómeno estudado). As unidades de significação principais representam a estrutura do fenómeno. (Deschamps, 1993). Desta forma, foram encontradas as unidades de significação (Anexo E) e após o agrupamento das mesmas identificámos os temas principais abordados pelos sujeitos do estudo, durante as entrevistas. Os temas identificados foram ainda decompostos em subtemas (Anexo E). De referir que as unidades de significação, contidas nas entrevistas, foram agrupadas e relacionadas entre si, sem deixar de indicar os momentos que são específicos na descrição de cada fala, interligando os sentidos que foram desvelados pelos sujeitos do estudo, ou seja, foi efetuada uma categorização prévia das unidades de significação, realizando uma seleção fenomenologicamente orientada das unidades mais relevantes, de cada uma das entrevistas, para a elucidação dos fenómenos. As unidades de significação definem-se como “os constituintes que determinam o contexto do fenómeno explorado e que incluem forçosamente a parte da significação inerente a este contexto.” (Deschamps, 1993:18). Na obra “Ser e Tempo” de (Heidegger, 1995) denominam-se como unificações ontológicas as unidades de significado que aparecem nos discursos com base na compreensão existencial, isto é, a compreensão que o homem tem de si mesmo. Os sentidos contidos nas entrevistas dos sujeitos do estudo revelaram o ser pessoa com dor crónica do foro oncológico, por meio das estruturas fundamentais do ser, aqui trabalhadas como unificações ontológicas, extraídas dos depoimentos dos entrevistados. Na apresentação das unidades de significação utilizámos os seguintes códigos:

(...) - Excerto da descrição original sem relevância para análise

... - Silêncio no discurso do sujeito do estudo

() - Expressão do olhar de sofrimento

(--) - Expressão do olhar de esperança

(E) - Número da entrevista (E) entre parêntesis

A terceira etapa da análise dos dados refere-se ao “Desenvolvimento do conteúdo das unidades de significação”. Nesta etapa, o investigador aprofunda a sua compreensão da experiência, traduzindo as unidades de significação em unidades aprofundadas de

significação, isto é, o conteúdo do verbatim correspondente a uma unidade de significação é então aprofundado pelo investigador graças ao seu conhecimento mais geral da realidade explorada. O investigador explicita pelas suas palavras, e pelas do participante, o que está contido, nesta parte da experiência, numa ótica de análise que permite a apropriação do sentido, a sua compreensão, a sua explicitação e a sua colaboração. (Deschamps, 1993). Esta fase permite aprofundar a compreensão das unidades de significação ao fazer a análise dos temas centrais. A partir dos dados brutos colhidos, respeitando sempre o que foi dito pelos entrevistados, a pouco a pouco a linguagem é sintetizada. A linguagem é explorada como um veículo de significações, no qual é necessário reencontrar as mesmas (Deschamps, 1993). Por meio do agrupamento das unidades de significação, emergiram os temas centrais, os quais foram ainda decompostos em subtemas, sendo a análise dos temas centrais efetuada no capítulo 4. Os temas centrais são os seguintes:

- O Ser-aí e o significado da dor;
- A relação do Dasein na experiência da dor crónica do foro oncológico;
- A angústia decorrente da proximidade da morte;
- A transcendência, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico;
- A ambiguidade da solicitude, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico;
- A aprendizagem, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico;

Segundo (Deschamps,1993), a quarta e última fase da análise dos dados de um estudo fenomenológico envolve a “Síntese do conjunto das unidades de significação”. Nesta fase o investigador deve reunir as unidades de significação e as unidades de significação aprofundadas numa descrição consistente e coerente, que toma uma forma sintética. Cada narrativa analisada conduz a uma descrição sistemática e fiel dos propósitos do participante segundo a estrutura que lhe é própria. O investigador procede também à síntese das diferentes narrativas para uma descrição geral da estrutura típica da experiência: passa-se então da descrição para o conceito e para um nível de generalidade superior. No seu processo de redução fenomenológica, o investigador pode solicitar o ponto de vista dos respondentes, comunicar-lhes a descrição da experiência típica e obter destes uma

apreciação. Esta etapa permite aprofundar a análise. A mesma será desenvolvida no capítulo 5 do estudo.

3.3.5 - Considerações éticas

Para a realização da investigação solicitámos autorização à instituição de saúde: H.J.J.F. – Beja (Anexo A). Não foram referidos aspetos que pudessem revelar ou possibilitar a identificação dos entrevistados. Foi solicitado aos sujeitos do estudo o seu consentimento informado (Anexo C), para participarem no estudo, tendo sido esclarecidos quanto ao tema da pesquisa, objetivos e ao método utilizado para recolher os dados. Foi ainda solicitada a sua autorização para se usar o gravador sendo garantida a confidencialidade e o anonimato, pois só o investigador teria acesso às gravações, bem como os sujeitos do estudo se assim o desejassem. Assegurámos a não utilização dos dados para outros fins que não o deste estudo e que poderiam consultar o mesmo após a sua conclusão. De acordo com (Nunes, 2005:4), “a pedra angular de uma investigação eticamente sólida é o consentimento fundamentado, que designaríamos de livre e esclarecido.” O mesmo significa que as pessoas que o assinam compreendem os riscos e benefícios, entendem os seus direitos, envolvendo a não participação e podem desistir em qualquer etapa do processo. Acrescenta (Polit e Hungler, 1995:134) que o consentimento informado significa que “os participantes possuem informação adequada no que se refere à investigação; são capazes de compreender a informação; têm a capacidade de escolher livremente, capacitando-os para consentir ou declinar voluntariamente a participação na investigação”. Segundo o documento, atualizado e reeditado em 2003, com o título “Diretrizes Éticas para a Investigação em Enfermagem”, emanado pelo ICN (International Council of Nurses), citado por (Nunes, 2005), existem seis princípios éticos que a investigação deve seguir:

- 1- Beneficência, sob o princípio de “fazer o bem” para o próprio participante e para a sociedade.
- 2- Avaliação da maleficência, sob o princípio de “não causar dano” e portanto, avaliar os riscos possíveis e previsíveis.

- 3- Fidelidade, com o princípio de “estabelecer confiança” entre o investigador e o participante do estudo ou sujeito de investigação.
- 4- Justiça, com o princípio de “proceder com equidade” e não prestar apoio diferenciado a um grupo, em detrimento de outro.
- 5- Veracidade, seguindo o princípio ético de “dizer a verdade”, informando sobre os riscos e benefícios, associado ao consentimento livre e esclarecido.
- 6- Confidencialidade, com o princípio de “salvaguardar” a informação de carácter pessoal que pode reunir-se durante um estudo, distinguindo-se do anonimato.

Procurámos assumir a nossa responsabilidade durante a execução do estudo, pois “as decisões éticas complexas são da responsabilidade do investigador, baseiam-se nos valores deste e na sua opinião relativa ao que pensa serem comportamentos adequados.” (Bogdan e Biklen, 1994:78). Torna-se importante que o investigador tenha consciência de si próprio, das suas crenças, dos seus valores e seja uma pessoa responsável para com as outras pessoas, durante o contacto com a dor e o sofrimento das mesmas.

CAPITULO 4

4- CONSTRUINDO A ANALISE DOS TEMAS CENTRAIS

“A partir dos dados brutos colhidos no diário da investigadora, a linguagem é pouco a pouco sintetizada respeitando o que foi dito.

Compreende-se, aqui, o caráter descritivo da análise. (...)

A linguagem é explorada como um veículo de significações no qual é necessário reencontrar as mesmas.”

Deschamps (1993)

A dor é um fenómeno universal e é ao mesmo tempo particular e próprio, subjetivo, multidimensional e envolve um conjunto de sensações, sentimentos e significados. Nos depoimentos dos sujeitos do estudo, foi possível desvelar o modo do Ser-aí na experiência da dor crónica do foro oncológico. Neste capítulo iremos construir a análise dos resultados, dando resposta, como anteriormente referido, à terceira etapa da análise, sendo que a mesma envolve o “desenvolvimento do conteúdo das unidades de significação”. Desta forma, a partir do agrupamento das unidades de significação encontrámos seis temas centrais:

- O Ser-aí e o significado da dor;
- A relação do Dasein na experiência da dor crónica do foro oncológico
- A angústia decorrente da proximidade da morte;
- A transcendência, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico;
- A ambiguidade da solicitude, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico;
- A aprendizagem, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico.

4.1- O SER-AÍ E O SIGNIFICADO DA DOR

*“O poeta é um fingidor.
Finge tão completamente
Que chega a fingir que é dor
A dor que deveras sente”*

Fernando pessoa (1930)

Sendo a dor uma experiência pessoal e subjetiva, a mesma é variável de pessoa para pessoa quanto à sua percepção, pelo que o significado de “dor” é único para cada um. “A sensibilidade dolorosa, (...), caracteriza-se por uma grande variabilidade de expressões de pessoa para pessoa e até na mesma pessoa de acordo com as circunstâncias de vida que enfrenta em cada momento”. (Batalha, 2005:169). Ao longo dos séculos, têm surgido várias teorias como tentativa de explicação do mecanismo da dor. Em 1965 Melzack e Wall propuseram a teoria do portão, dando assim um contributo importante para o entendimento do processo da dor, afirmando que “a dor não é uma experiência sensorial simples, mas uma integração complexa de dimensões sensoriais, afetivas e cognitivas.” (Watt-Watson, 2003:366). Explica a mesma autora, que os impulsos da dor são transmitidos sobre fibras para a espinhal medula, através de um “caminho” aberto na substância gelatinosa até ao córtex cerebral, onde a percepção e interpretação da dor ocorrem. Esta teoria propõe que existe na substância gelatinosa células T (células de transmissão), que facilitam a transmissão da dor (abre a entrada) ou inibe essa transmissão (fecha a entrada), intensificando ou bloqueando assim a transmissão da dor. A facilidade ou inibição da transmissão da dor depende de alguns fatores, “que vão conduzir a diferentes reações à dor, entre as pessoas e até na mesma pessoa em momentos diferentes, como a experiência da infância, experiências anteriores, valores culturais, crenças religiosas, idade, atenção e distração, ansiedade, personalidade, conhecimentos / compreensão, tensão e medo” (Watt-Watson, 2003:366). A pessoa, o ser-aí, fala da sua dor, descreve-a da forma como a sente e experiencia no seu dia-a-dia.

A partir do agrupamento das unidades de significação para o tema 1- O Ser-aí e o significado da dor (Anexo E) foi possível identificar três subtemas, como nos mostra o Quadro 2.

Quadro 2- O Ser-aí e o significado da dor

Tema	Subtemas
O Ser-aí e o significado da dor	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição da dor - Apoio farmacológico - Apoio não farmacológico

4.1.1- Descrição da dor

Não é fácil definir dor, uma vez que se trata de uma experiência individual, não diretamente observável, pois somente a pessoa que experiencia a dor é que sabe falar da mesma. A descrição que a pessoa faz da sua dor é subjetiva, porque nós não a experienciamos, não a sentimos, não a experimentamos, neste sentido é fundamental acreditar na dor que a pessoa nos descreve, sem efetuar juízos de valor. Assim, a descrição verbal que a pessoa faz da sua dor é extremamente importante para podermos avaliar a mesma. No estudo efetuado por (Nobre, 2008a:137) verifica-se que os enfermeiros percebem a dor dos doentes “através da sua comunicação verbal, ou seja, pelas suas palavras, como eles descrevem a sua dor.” No nosso estudo os entrevistados expressam a sua dor através das palavras:

“A dor (...) é uma coisa, ..., má, que muitas vezes não se aguenta, (...) ” (E2).

“ (...), eu tive umas dores que eu não aguentava, (...), aqui na zona do final da coluna, parece que esta zona era arrancada, ..., () ” (E2).

“ (...), as dores não se veem, se elas se vissem, ..., (...) a dor é qualquer coisa que não funciona bem e torna-se em dor, ..., (), (...) ” (E2).

“Eram umas dores muito grandes, parece que se partia tudo dentro de mim, ..., () (...),” (E6).

“ (...) a dor era aqui no braço, como que uma mordida constante, ..., () (...).” (E7).

“ (...) É uma dor que quando faço algum movimento, vem assim pelas costas, tipo picada forte, não é contínua, (...), quando respiro assim mais fundo é que então ela dá aquele sinal, (...).” (E9).

Mas muitas das vezes as palavras não chegam para a pessoa expressar a totalidade de dor que está a sentir e pode mesmo não utilizá-las, sendo fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos ao que a pessoa transmite quer de uma forma verbal, quer não-verbal, para melhor compreenderem a sua dor. A linguagem do corpo fala por nós e muitas das vezes trai-nos, quando não nos queremos revelar. Esta linguagem exprime “..., muitas vezes mensagens que complementam as transmitidas pelas palavras, chegando muitas vezes a contradizer aquilo que aparecia à superfície através destas” (Lazure, 1994:16). Acrescenta (Lazure, 1994:18), “...a linguagem não-verbal é muitas vezes tão ou mais rica do que a linguagem verbal. (...) a linguagem não-verbal é bastante reveladora do que o doente vive, (...)”, pois a linguagem não-verbal é a mais verdadeira, aquela que não sabe mentir porque é espontânea. No estudo realizado por (Nobre, 2008:136) os sujeitos do estudo referem que “também percebem a dor dos doentes através da sua comunicação não-verbal: expressão do olhar, expressões faciais, postura corporal e pelo toque apertado.” No estudo de (Silva e Zago, 2001:46), os entrevistados referiram igualmente que percebem a dor no doente através do olhar: “a gente percebe a dor crónica no olhar do doente... Parece que ele transmite com o olhar, pedindo socorro: por favor, faça alguma coisa para aliviar a minha dor!” A comunicação não-verbal é “uma troca sem palavras. Ela cobre um largo espectro de expressões corporais e de comportamentos que transcendem, acompanham e suportam as relações verbais entre as pessoas, e contribuem para o seu significado.” (Phaneuf, 2005:68). De acordo com (Lazure, 1994:105), a linguagem não-verbal, “...reforça, contradiz ou corora a linguagem verbal. É a linguagem não-verbal que na maior parte das vezes traduz os estados de alma relacionados com as palavras ouvidas. (...) Transmite-nos a linguagem das emoções profundas.” O enfermeiro que tem a capacidade de escutar não está somente atento à comunicação verbal do doente, mas sim a tudo o que o doente é capaz de transmitir de uma forma não-verbal. “É através da escuta da linguagem não-verbal que a enfermeira completa o que escutou através das palavras, com o objetivo de compreender melhor o doente.” (Lazure, 1994:18).

Neste estudo, durante as entrevistas, foi dada especial atenção à comunicação verbal dos entrevistados, mas também á sua comunicação não-verbal para melhor compreender a sua

experiência de dor, nomeadamente através da expressão do olhar e dos silêncios, pois ofereceram, sem dúvida, uma qualidade significativa ao conteúdo da mensagem expressa, reforçando e completando-a. De acordo com (Vieira, 2000:17), “...costuma dizer-se que os olhos são o espelho da alma, o que faz com que na comunicação face a face se diga muita coisa com os olhos, que as palavras não são capazes de exprimir”. A expressão do olhar¹ dos sujeitos do estudo, durante as entrevistas, variou entre o sofrimento e a esperança. Alguns dos sujeitos do estudo, pela sua expressão de olhar, transmitiram sofrimento, através de um olhar sem brilho, sobreolho franzido e olhar direcionado para baixo, deixando transparecer o sofrimento em que a dor crónica do foro oncológico os mergulhou. No entanto, outros dos entrevistados, pela sua expressão do olhar, transmitiram esperança, através de um olhar erguido, direcionado para a frente, para o futuro, que se iluminava e enchia de alegria ao longo do seu discurso, transmitindo confiança na vida e no futuro. O silêncio² é outro aspeto da linguagem não-verbal ao qual é necessário estar atento, pode significar “ o medo ou o sofrimento que impedem que as palavras saiam, ou uma alegria tão intensa que não pode ser explicada por palavras. O silêncio pode ser o da vida que se apaga de forma inexorável mas também o da que brota incessantemente” (Lazure, 1994:106). Para escutar o silêncio é fundamental que o enfermeiro esteja totalmente presente, para “ (...) escutar eficazmente deve oferecer inteiramente a sua presença e a sua atenção à globalidade da pessoa do seu doente” (Lazure, 1994:17), pois “ (...) escutar não é só ouvir. (...) é aceitar o facto de se deixar impregnar pelo conjunto das suas perceções externas e internas ...” (Lazure, 1994:16). Acrescenta a mesma autora, escutar o silêncio “...é estar á escuta do que o outro vive de mais profundo.” O silêncio é cheio de significado, pois “...pode significar a integração do que acaba de ser dito. Pode também traduzir a intensidade da procura da resposta mais pertinente, tendo em conta tudo o que a precedeu”.

A perceção de dor e a reação à dor é variável de pessoa para pessoa e por vezes na mesma pessoa em momentos diferentes. Cada um descreve a sua dor como a sente, em função da sua experiência, pois ninguém melhor que a pessoa para descrever a dor que sente, porque é a pessoa que a vivência, logo será somente ela que poderá falar sobre a mesma.

¹ Encontra-se representada nas unidades de significação transcritas, a expressão do olhar de sofrimento através do símbolo () e a expressão do olhar de esperança através do símbolo (--).

² Os silêncios utilizados pelos sujeitos do nosso estudo acompanham a sua expressão do olhar e encontram-se representados nas unidades de significação transcritas através do símbolo ...

Recordando (Watt-Watson, 2003:363), a dor é “qualquer coisa, que a pessoa que a sente diz que é, existindo sempre que ela diz que existe”. Desta forma, os sujeitos do estudo descrevem a sua dor através da comunicação verbal, ou seja, pelas suas palavras e da comunicação não-verbal, nomeadamente através da expressão do olhar e dos silêncios:

“, ..., a dor é uma coisa que entristece a gente, sofre-se, ..., () (...)” (E1).

“, ..., é uma coisa horrível, que não se consegue dizer o que é, cada pessoa é que sente, ..., ()” (E5).

“, ..., () é uma coisa que não se vê, ..., () quem tem as dores é que sabe falar delas.” (E5).

A dor pode ser classificada em dor aguda e crónica. A dor oncológica insere-se no conceito de dor crónica. Esta está associada “à destruição tecidual, tem existência mais prolongada e pode servir como exemplo às dores dos doentes com neoplasias (...). Causa sofrimento prolongado e insuportável...” (Santos e Valente, 1995:7). Na dor crónica do foro oncológico um sentimento de impotência, de desespero e de absurdo invade os doentes:

“, ..., às vezes são dores terríveis, (...) que eu não aguento, sinto-me mal, ..., é uma dor agressiva, uma dor, ..., (), eu até já sei o sinal da dor, quando ela vem mais forte, (...)” (E2).

(...) é quase insuportável, aquela dor (...), ..., () acaba por ser um bocado incapacitante.” (E8).

A dor crónica oprime, desgasta, desencoraja e desespera os doentes, prolonga-se no tempo, torna-se odiosa, intolerável e inútil, mais do que um sintoma, torna-se uma doença:

“já tive dores muito fortes, insuportáveis, que tiram toda a vontade, ..., () é muito sofrimento, é não puder fazer as coisas do dia-a-dia.” (E3).

“A dor (...), aparece assim de repente e faz sofrer, é uma coisa má que não deixa a gente estar bem, ..., () ” (E5).

“É uma coisa horrível, não sei explicar, ..., () não se vê, não se vê, mas é uma coisa horrível, (...).” (E7).

A dor crónica do foro oncológico domina a vida e as preocupações do doente, pois associa-se às incapacidades ditadas pela própria doença e pelos tratamentos, o que introduz limitações a vários níveis: físico, psicológico, social e espiritual:

“ (...) vejo-me muito aborrecida, triste de querer fazer as minhas coisas e não puder, (...) e passa-se a vida com a dor, com tristeza muitos dias, é assim, ..., () ” (E1).

“ (...) , é uma coisa que é má para a pessoa, pois a pessoa não se sente bem, não consegue fazer as coisas do dia-a-dia, ..., () ” (E2).

“ (...) , não conseguia dormir, nem conseguia levantar-me, se me deitava já não me conseguia levantar, tinha que me agarrar à roupa, (...) tinham que me ajudar, não conseguia com as dores, ..., () ” (E6).

No estudo realizado por (González-Rendón e Moreno-Monsiváis, 2007:8), verifica-se que *“ (...) a incapacidade funcional ocasionada pela dor é causa de sofrimento nos doentes, nas suas famílias e nas pessoas próximas.”* Da mesma forma, os doentes do nosso estudo apresentam várias alterações, desde a diminuição da mobilidade, dificuldade ou incapacidade de realizar uma atividade:

“ (...) não posso fazer compras, não posso limpar a minha casa, não posso fazer uma limpeza como lavar um chão, limpar o pó, (...), não tenho forças para isso, não sinto forças, (...)” (E1).

“a dor física não me deixa passar a ferro, aspirar a casa, não permite que eu faça movimentos, esforços.” (E3).

“ (...) não me conseguia levantar nem tomar banho sozinha, tinha de ser o meu marido a ajudar-me em tudo, (...) (E6).

A dor crónica conduz também ao isolamento social e familiar e à perda do convívio social, como refere este sujeito do estudo, quando descreve a dor como:

“ (...) uma coisa que entristece a gente, sofre-se, ..., (), tira a vontade de tudo, até de falar com as outras pessoas, só me apetece estar sozinha, (...)” (E1).

A redução das atividades profissionais, sociais e de lazer tiram ao doente, muitas das vezes, a vontade de viver:

“ deixei de fazer tudo, trabalhos da casa, sair ao café, trabalhar, isolei-me, ...tive uma depressão, ainda estou a fazer tratamentos, ..., () (...) ainda pensei em por fim á minha vida.” (E3).

A dor crónica do foro oncológico traduz uma experiência subjetiva e individual, mas também acarreta uma multidimensionalidade, pois para além da dimensão física ser afetada, também o são as dimensões: social, psicológica e espiritual, tomando a designação de dor total:

“tenho tido muitas dores na perna e depois é a outra dor, ..., dos outros lados todos, aqui, ali, acolá, ..., (), tudo dói, desde o corpo à falta de vontade, à tristeza, ...” (E1).

“A dor pode ser física e psicológica.” (E3).

“A dor psicológica é diferente, eu posso fazer os esforços, mas não tenho vontade, não me apetece fazê-los.” (E3).

“, ..., a queda do cabelo é uma coisa um bocado dolorosa, (...), ..., () estas coisas doem muito, mas é uma dor que não passa com comprimidos,” (E4).

“ (...), a dor é mais psicológica do que física, (...), acho que dói mais o pensar, eu sei que me dói aqui, tenho aqui dor, mas acho que me afeta mais psicologicamente, ..., () isto mexe com tudo, ...” (E10).

Ainda o estudo realizado por (González-Rendón e Moreno-Monsiváis, 2007:8), revela que a dor “...pode ter graves efeitos adversos no estado físico, psicológico, emocional, social e espiritual dos doentes, o que se reflete sobre as atividades de vida diárias e condiciona perdas económicas, laborais e sociais...”. De acordo com (Tulli, Pinheiro e Teixeira, 2003:5), os doentes com dor crónica relacionada com o cancro “percebem que a sua dor é intensificada quando há alguma sobrecarga social (dor da separação, dependência financeira, incerteza do futuro) e espiritual (falta de sentido da vida e da morte, religiosidade, sentimentos de culpa)”. Neste contexto, acrescentam os mesmos autores, que a dor referida pelo doente “deve ser compreendida a partir do conceito de dor total, constituída pela dor somática, psicológica, psicossocial e espiritual.” Podemos dizer que as perdas, as alterações que vão surgindo aos vários níveis: físico, social, psicológico e espiritual, contribuem para exacerbar a dor e traduzem a dor total. Por sua vez o aumento da perceção da dor contribui para a continuidade destas perdas e alterações nas várias dimensões, traduzindo-se novamente num aumento da perceção de dor e assim sucessivamente. Este ciclo conduz muitas das vezes aos estados depressivos. (Pimenta, Koizumi e Teixeira, 2000:82), no estudo que realizaram, observaram que “dor e depressão caminham juntas e uma agrava a outra”. A dor crónica revela-se então como dor global, multifacetada. Torna-se uma dor total, em que tudo é dor e, como costuma dizer-se, até a alma dói. Devido à natureza multidimensional que a dor apresenta, “é muitas vezes útil pensar em termos de dor total, que engloba os aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais” (Twycross, 2003:84).

4.1.2- Apoio farmacológico

“A terapêutica da dor no doente oncológico tem como objetivo: aumentar as horas livres de dor, aliviar a dor durante o repouso do doente, aliviar a dor que o doente sente quando em posição ereta ou em atividade.” (Silva e Zago, 2001:47). O tratamento farmacológico é uma das responsabilidades do enfermeiro desde a preparação dos fármacos à sua administração, que deve ser cumprida de modo a produzir o máximo efeito terapêutico até à avaliação da eficácia dos mesmos. O tratamento farmacológico da dor crónica deve basear-se nas três regras fundamentais da OMS, para que a utilização dos analgésicos seja mais eficaz: pela via oral, pelo relógio e pela escada analgésica. A via oral é a via de escolha nos doentes crónicos, sempre que a situação do doente o permita. É cómoda para o doente e reduz a sua dependência quer dos familiares, quer dos profissionais. Reservam-se as outras vias para as situações de disfagia, náuseas e vômitos, oclusão intestinal, alterações do estado de consciência ou prostração intensa. A via transdérmica, através dos pensos transdérmicos (opioides fortes) é associada a outras vias como por exemplo a via oral:

“Tomo os medicamentos, como o médico diz, dois tipos de comprimidos (...) e os pensos de três em três dias (...) (E1).

“ (...) tenho três qualidades de comprimidos, (...), desde aí tenho descansado bem, durante a noite não me dói, (...)” (E2).

“Faço sempre a medicação, como o médico diz, mesmo que esteja nessa altura mais aliviado, tomo sempre os comprimidos (...) ” (E5).

“Só faço os comprimidos, como o médico indica. (...) ” (E6).

“Utilizo somente a medicação (...), tomo os comprimidos (...), cumpro o plano médico, mesmo se no momento não sentir dor.” (E8).

“Faço os analgésicos, os comprimidos e os pensos como o médico diz.” (E9).

“ Faço os comprimidos pela ordem que o médico me ensinou (...) ” (E10).

A escada de analgesia tem por base uma sequência terapêutica, tem a via oral como forma de administração preferencial, exceto em situações que a impossibilitem. Institui-se a escada analgésica sempre que a queixa de dor se torne crónica, sem previsão de resolução da mesma a curto prazo. Na escada analgésica existem três degraus, sendo que a administração dos analgésicos é feita de uma forma sequencial. Segundo (Twycross, 2003:

93), o conceito que sustenta a escada analgésica é o da “analgésia de largo espectro, isto é, os fármacos de cada uma das três categorias analgésicas são usados adequadamente, isolados ou em associação, para maximizar o respetivo efeito”. No primeiro degrau encontram-se os analgésicos não-opioides e os anti-inflamatórios não esteroides, juntamente com os fármacos adjuvantes. Inicia-se este degrau nas situações de dor de intensidade leve a moderada. No segundo degrau temos os analgésicos opioides fracos, como o Tramadol, a codeína, sempre associados aos analgésicos do primeiro degrau e juntamente com os fármacos adjuvantes. Inicia-se o segundo degrau quando a dor persiste ou aumenta. No terceiro degrau estão os opioides fortes, como a Morfina, a Metadona, o Fentanyl, associados aos analgésicos do primeiro degrau e juntamente com os fármacos adjuvantes. Inicia-se o terceiro degrau quando existe persistência ou aumento da dor. Os fármacos do primeiro degrau mantêm-se sempre associados aos do segundo e terceiro degrau com o objetivo de potencializar o efeito analgésico. Os fármacos adjuvantes estão sempre presentes em todos os degraus da escada analgésica, não como medicação analgésica, mas “no âmbito e em complemento da escada analgésica” (Twycross, 2003: 93). Têm como objetivo minimizar efeitos secundários e contribuir para o controlo da dor, por exemplo: os anti depressivos, antieméticos, protetores gástricos, os laxantes, ... Os analgésicos do primeiro e segundo degraus “possuem o chamado efeito teto, ou seja, mesmo que seja aumentada a dose de analgesia, não produzem mais efeito analgésico, enquanto os fármacos do terceiro degrau não possuem efeito teto, isto é, quanto maior for a dose de administração de opioides fortes, maior é o efeito analgésico” (Cardoso, 1999:25). O estudo realizado por (Silva e Zago, 2001:47) revela que, “...o alívio da dor crónica no doente oncológico é possível pela combinação medicamentosa de analgésicos opiáceos e não opiáceos”, de acordo com a escada de analgesia. Assim referem os entrevistados do nosso estudo:

“Tomo os medicamentos, como o médico diz, dois tipos de comprimidos (...) e os pensos de três em três dias (...). (E1).

“Faço sempre os analgésicos pela ordem que o médico indica, (...).” (E3).

“Só faço a medicação para a dor, de acordo com a prescrição médica, sem falhar (...) a ordem dos comprimidos.” (E4).

“ (...), faço os comprimidos pela ordem que o médico diz (...).” (E7).

“ (...) , tomo os comprimidos (...), cumpro o plano médico, mesmo se no momento não sentir dor.” (E8).

“ Faço os comprimidos pela ordem que o médico me ensinou (...). ” (E10).

A necessidade de avaliar corretamente a dor do doente impõe-se de forma urgente. Há que valorizar e acreditar na dor do doente sem a julgar, utilizando uma escala de dor para determinar a sua intensidade e há que rever o esquema analgésico que o doente está a fazer: o analgésico, a dose, o horário, a via de administração, procurando assim que a avaliação da dor seja feita de uma forma individualizada, percebendo-a como um processo subjetivo e multidimensional. Caso contrário, “sem avaliação adequada, os profissionais da saúde frequentemente subestimam a dor dos doentes e, frequentemente não a tratam.” (Pimenta, Koizumi e Teixeira, 1997:13). O relógio salienta a importância de administrar os analgésicos com um horário fixo. No estudo efetuado por (Nobre, 2008a:137), os enfermeiros referem que “os analgésicos devem ser administrados regularmente com um horário fixo e não em SOS, pois a administração regular de analgesia permite manter as concentrações plasmáticas de analgesia constantes, evitando que o doente tenha dor no intervalo das administrações.” De acordo com (Santos e Valente, 1995:10) a administração regular de medicação é uma regra muito importante, pois “a dose seguinte tem de ser ministrada antes que desapareça o efeito analgésico da anterior, e sem que o doente deseje a sua administração. É mais fácil evitar a recorrência da dor, do que tratar a dor depois de esta surgir. Em geral, é necessária uma dose menor para aliviar uma dor leve ou evitar a sua recorrência, do que para a dor que aumente e se intensifique.” No estudo realizado por (Pimenta, Koizumi e Teixeira, 1997:12), verificou-se que “...os doentes que utilizaram os analgésicos em horários preestabelecidos relataram dor menos intensa do que aqueles que só os utilizaram quando a dor se acentuava.” Os sujeitos do estudo são unânimes na opinião de que os analgésicos devem ser tomados cumprindo os horários pré-estabelecidos pelo médico:

“Tomo os medicamentos, como o médico diz, dois tipos de comprimidos a horas certas e os penso de três em três dias (...) (E1).

“ (...) tenho três qualidades de comprimidos, sem falhar as horas, desde aí tenho descansado bem, durante a noite não me dói, (...)” (E2.)

“Faço sempre os analgésicos pela ordem que o médico indica, a horas certas, (...).” (E3).

“Só faço a medicação para a dor, de acordo com a prescrição médica, sem falhar as horas e a ordem dos comprimidos.” (E4).

“Faço os analgésicos, os comprimidos e os pensos como o médico diz, a horas certas como se fosse um antibiótico” (E9).

O controlo da dor na pessoa com dor crónica do foro oncológico necessita de uma avaliação individualizada da dor e da pessoa com dor, pois cada pessoa é única e “a ausência de dor é um objetivo constante e uma das maiores lutas da prática de enfermagem. Tal como disse Hipócrates: O trabalho de vencer a dor é divino.” (Serrano e Pires, 2000:18). A administração de analgesia com horário fixo permite manter as concentrações plasmáticas de analgesia constantes, prevenindo o aparecimento de dor no intervalo das administrações:

“Faço sempre a medicação, como o médico diz, mesmo que esteja nessa altura mais aliviado, tomo sempre os comprimidos à hora certa” (E5).

“Só faço os comprimidos, como o médico indica, cumprindo os horários, (...)” (E6).

“ (...), faço os comprimidos pela ordem que o médico diz e a horas certas.” (E7).

“Utilizo somente a medicação (...), tomo os comprimidos nas horas indicadas, cumpro o plano médico, mesmo se no momento não sentir dor.” (E8).

“ Faço os comprimidos pela ordem que o médico me ensinou e cumpro sempre as horas dos medicamentos” (E10).

A analgesia só quando necessária (SOS) para o doente com dor crónica do foro oncológico não faz sentido, porque obriga o doente a sentir dor e a pedir a medicação. Tal como refere (Twycross, 2003:92) “os analgésicos devem ser dados com regularidade e de forma profilática; a administração só quando necessária (em SOS) é irracional e desumana”.

4.1.3- Apoio não farmacológico

O tratamento não farmacológico ajuda a complementar o tratamento farmacológico, para diminuir a dor crónica. Atualmente existem várias técnicas não farmacológicas, não invasivas e simples de executar. Uma das explicações para o alívio da dor proporcionado

pelas técnicas não farmacológicas é a libertação de endorfinas³. Outra explicação assenta na teoria do portão, em que os impulsos vindos da pele, do córtex cerebral, através por exemplo das massagens, calor húmido ou da musicoterapia “fecham o caminho à dor”. A equipa de enfermagem é responsável pela administração da maioria das intervenções de alívio da dor, pois é ela que permanece mais tempo junto do doente tendo a oportunidade de contribuir muito para aumentar o conforto do doente e aliviar a sua dor” (Sguassabia e Kalinke, 2005:1). No estudo efetuado por (Nobre, 2008:137), os enfermeiros “procuram dar resposta à dor do doente, através de pequenos gestos que se enquadram nas técnicas não farmacológicas, como a presença do enfermeiro e tocar o doente. ” Pois “a simples presença de um enfermeiro afável e experiente pode reduzir a ansiedade e, conseqüentemente diminuir a dor” (Santos e Valente, 1995:9). Os sujeitos do nosso estudo, através de familiares, amigos e equipa de saúde, sabem que existem outros métodos capazes de ajudar no controlo da dor crónica, que podem ser utilizados isoladamente ou em conjugação com o tratamento farmacológico, tais como: a Massagem, a Musicoterapia, o Calor húmido, a Distração e a presença do enfermeiro.

A terapia por massagem pode ser um leve, lento e circular movimento com as pontas dos dedos nas áreas afetadas ou um profundo “amassar” sobre “nós” musculares. A massagem ajuda a relaxar o doente e pode contribuir para uma diminuição da dor, permite relaxar músculos tensos e suavizar “nós” musculares. Para se conseguir este relaxamento a massagem deve ser lenta e pode combinar com o ritmo respiratório do doente. Pode ser mais rápida quando se aplica massagem por fricção para alongar ou soltar adesões em estruturas superficiais e profundas. A massagem conduz o doente a um efeito sedativo ou relaxante, como refere o sujeito do estudo:

“ Fiz também massagem, (...), senti-me muito bem, ... (--) quando fico mais relaxada as dores vão embora, não se pensa nas dores.” (E3).

A técnica da massagem utiliza a pressão mecânica para combater a dor, pode ser feita na área dolorosa ou a uma distância considerável dela. A quantidade de pressão pode variar

³ Polipéptido semelhante ao ópio encontrado no cérebro e noutras partes do corpo. O seu tecido alvo é o Sistema Nervoso e tem como resposta no organismo a diminuição da sensação dolorosa. (Seeley e Stephens, 2001)

consoante a rigidez muscular que o doente apresenta, começando com uma massagem leve, aprofundando posteriormente sobre as áreas mais tensas e para finalizar a massagem deverá ser novamente leve:

“, (...), eu mandei vir um livro de Medicina Chinesa, que fala do alívio da dor através da massagem, (...), (--) é a energia que as mãos produzem, para a gente superar a dor (...).” (E9).

A massagem promove um relaxamento muscular, diminui a tensão muscular e diminui a ansiedade, pois “uma pessoa com dor, se ficar menos ansiosa pode sentir menos dor” (Bolander, 1998:1193):

“ Fiz também massagem, (...), senti-me muito bem, ... (--) quando fico mais relaxada as dores vão embora, não se pensa nas dores.” (E3).

“Ao diminuir a hiperatividade muscular decresce, também, o agravamento e manutenção da dor.” (Direção Geral de Saúde, 2001:52):

“, ..., utilizo também uns cremes para massajar e a massagem alivia também a dor, (...).” (E2).

“Ainda fui às massagens e senti algum alívio” (E7).

A técnica da musicoterapia consiste na utilização da música e nos seus elementos constituintes, (som, ritmo, melodia e harmonia) com objetivos terapêuticos.

A música atua no corpo e desperta emoções. Pode aumentar ou diminuir a energia muscular, acelerar ou diminuir o ritmo respiratório, cardíaco, minimizar os efeitos da fadiga ou levar à excitação.

Para produzir relaxamento, são muito utilizados os sons naturais: ondas do mar, chuva, tempestade, cântico dos pássaros:

“ Fiz também massagem juntamente com uma música ligada aos sons da natureza (passarinhos, água a cair, ...), (...), senti-me muito bem, ... (--) quando fico mais relaxada as dores vão embora, não se pensa nas dores.” (E3).

No doente oncológico com dor crónica pretende-se obter o relaxamento e a distração pela música, conduzindo à desfocalização da dor, diminuindo a sua perceção. Muitos doentes utilizam a música e conseguem sentir-se mais relaxados, já que esta funciona como relaxante e, conseqüentemente diminui a ansiedade e a dor.

Outra técnica é o calor húmido, que produz a vasodilatação devido ao calor, o que conduz a um aumento do fluxo sanguíneo e como tal contribui para um aumento da remoção dos tecidos lesados ou inflamados e eliminação dos produtos de decomposição da lesão.

Outra explicação propõe que o aquecimento dos tecidos gera impulsos nervosos, os quais exercem um efeito inibidor fechando o “portão” da medula. (Watt-Watson, 2003).

Há várias formas de utilizar o calor húmido, através do calor em geral, como a sauna, banhos de vapor / espuma e as termas:

“ (...) já fiz termas, com vários tipos de banhos, que me ajudou a relaxar bastante, para além do alívio da dor, ajudou-me também a ficar mais calma.” (E3).

O calor húmido também pode ser aplicado através do calor local superficial, como os sacos de água quente, como nos dizem os sujeitos do estudo:

“ (...) Já tenho também posto às noites um saquinho de água quente.” (E5.)

“ (...) às vezes um saquinho de água quente no sítio onde dói. (...)” (E6).

Pode ainda utilizar-se o calor húmido através do calor profundo, utilizando os ultrassons.

A distração funciona também como uma técnica não farmacológica, pois consiste em desviar a atenção do doente da sensação dolorosa e centrar a mesma em estímulos agradáveis. A intensidade da dor “depende da extensão segundo a qual, a dor domina o pensamento consciente.” (Reis, 2006:267) Desta forma, a distração requer a participação ativa do doente, num esforço de afastar o estímulo doloroso, implicando duas ou mais componentes sensoriais: a visão, a audição, o toque ou o movimento:

“ (...) o sair um bocadinho sinto que me faz bem, porque quando distraímos não pensamos na dor nem na doença, ..., (--) sinto que as dores também aliviam quando estou distraída.” (E6).

Na verdade quando a pessoa focaliza a sua atenção em outros estímulos que não a dor, consegue abstrair-se da mesma e a capacidade de se abstrair da dor permite minimizar a sua perceção.

A presença do Enfermeiro também se enquadra no apoio não farmacológico, pois um enfermeiro atento, que demonstre disponibilidade, saiba escutar, que facilite a comunicação com o doente, a partilha dos seus medos, angústias e da sua dor, ajuda certamente a pessoa com dor crónica do foro oncológico, a diminuir a sua ansiedade e

consequentemente a minimizar a percepção da dor. Para (Lazure, 1994:16) “é através da sua forma de estar, totalmente presente, que o enfermeiro demonstra ao doente a sua vontade em o compreender verdadeiramente...” Para cuidar do doente com dor, o enfermeiro necessita de desenvolver com o doente “...compreensão empática, respeito caloroso, escuta ativa sem juízos de valor e em que o doente sente o feedback que lhe é dado por palavras, silêncio e olhar.” (Perguiça e Sobral, 2003:27). Todas as nossas atitudes comunicam, muitas vezes de forma não-verbal, o que vivemos no nosso interior. Atitudes como o olhar, a presença, um gesto ou o tocar funcionam como elementos fundamentais para proporcionar conforto ao doente muitas vezes mais que as palavras. O toque “tem sido demonstrado em variados estudos para reduzir a ansiedade, promover o relaxamento e aliviar a dor.” (Ahya et al, 2000:143). Os doentes estão atentos às nossas palavras de apoio, de esclarecimento, de conforto, às nossas posturas de disponibilidade, à nossa presença junto deles, aos nossos gestos, como o simples gesto de dar-lhes a mão. É sem dúvida através do que comunicamos ao doente, quer de uma forma verbal ou não verbal que os podemos ou não ajudar a ultrapassar as suas dificuldades, preocupações e a sua dor ou pelo menos a minimizar estes aspetos:

“, ..., o apoio, a atenção das enfermeiras e do médico também ajudam muito a acalmar, ..., até as dores, ...” (E1).

“ (...) já senti alívio da minha dor nos momentos de partilha com os enfermeiros.” (E3).

“Não há um remédio para todos os doentes, há sim uma atitude humana específica para cada pessoa como ser único que é.” (Perguiça e Sobral, 2003:27).

No estudo realizado por (Nobre, 2008a:137), os enfermeiros referem que “a presença do enfermeiro pode aliviar a dor. A mesma assenta na importância da disponibilidade junto do doente”, acrescentam os enfermeiros, do referido estudo, que “não é a quantidade de tempo para estar com o doente o mais importante, mas sim a qualidade do tempo enquanto se está com o doente, ou seja, a capacidade de escuta, a entrega, a disponibilidade (...)” (Nobre, 2008a:138). Podemos dizer que os pequenos grandes momentos, os pequenos gestos para além dos fármacos, promovem a diferença entre os enfermeiros e são sentidos e apreciados por aqueles que são cuidados:

“ (...) é muito importante a atenção, a disponibilidade dos enfermeiros, quando falamos conosco, quando param um bocadinho, ..., alivia a dor quando temos alguém disponível para partilhar.” (E3).

É fundamental o enfermeiro refletir sobre a sua forma de atuação, perante as situações dos doentes com as quais se confronta no seu dia-a-dia, questionando: “Como avaliei a dor do doente?” “Será que demonstrei disponibilidade?” “O que escutei do doente?” “O que disse ao doente?”. Estas reflexões permitem sem dúvida o crescimento pessoal e profissional do enfermeiro, conduzindo-o a um melhor cuidar junto da pessoa com dor crónica do foro oncológico.

A utilização das técnicas não farmacológicas complementa o tratamento farmacológico e a associação de algumas técnicas não farmacológicas ajuda a potenciar o efeito analgésico:

“Fiz também massagem juntamente com uma música ligada aos sons da natureza (passarinhos, água a cair, ...), (...), senti-me muito bem, ... (-- quando fico mais relaxada as dores vão embora, não se pensa nas dores.” (E3).

Um estudo realizado por (Pimenta, Koizumi e Teixeira, 1997:12), permitiu verificar que as técnicas não farmacológicas “permitem reduzir a necessidade de analgésicos, aumentam a sensação de o doente controlar a dor e podem ser utilizadas, simultaneamente, com os analgésicos.” Por outro lado, “aumentam a sensação de controlo e tolerância sobre a dor e repercutem positivamente sobre a desesperança e sensação de abandono; distraem a atenção do indivíduo que está centralizada na dor e contribuem para quebrar o ciclo de ansiedade, tensão e dor. A musicoterapia é utilizada para aumentar o relaxamento”. Também os sujeitos do nosso estudo são unânimes na opinião de que as técnicas não farmacológicas contribuem para quebrar o ciclo de ansiedade, tensão e dor. Para além dos métodos já referidos, capazes de ajudar no controlo da dor, é também referido pelos sujeitos do estudo a importância de adotar uma posição de alívio no controlo da dor:

“ (...) quando tenho dores mais fortes, procuro arranjar uma posição que alivie a dor” (E5).

Outros dos entrevistados manifestam vontade de experimentar outros métodos não farmacológicos, sobre os quais já ouviram falar:

“ (...), conheço outros tratamentos, ouvi falar na reflexologia, na acupuntura, quero experimentar (...)” (E10).

A análise deste tema revela que o ser-aí manifesta a sua dor e descreve-a por intermédio das palavras, mas também a deixa transparecer através da sua expressão do olhar, expressões faciais e dos silêncios efetuados, reforçando e completando a mensagem verbal. Desta forma, o ser-aí assume que o significado da dor é inteiramente individual e subjetivo, pois ninguém melhor que a própria pessoa para descrever a dor que sente, uma vez que é ela que a experiencia. Verifica-se ainda que o ser-aí é afetado não só a nível físico, mas também aos níveis psicológico, social e espiritual, devido à dor revelar-se como uma dor total, pela sua natureza multidimensional. Desta forma, o controlo da dor para além de ser efetuado, sobretudo, através do apoio farmacológico, é, na maioria das vezes, complementado pelo apoio não farmacológico.

4.2- A RELAÇÃO DO DASEIN NA EXPERIÊNCIA DA DOR CRÓNICA DO FORO ONCOLÓGICO

“Talvez que poucas pessoas...conheçam a influência que a dor intolerável e persistente pode exercer, tanto sobre o corpo como sobre o espírito... sob o efeito de tais tormentos o carácter muda, o mais amável dos indivíduos irrita-se, o soldado torna-se poltrão e o homem mais robusto fica tão nervoso como a mais histérica das raparigas.”

S. Werir Mitchell (1872)

A partir do agrupamento das unidades de significado para o tema 2- A relação do Dasein na experiência da dor crónica do foro oncológico (Anexo E) foi possível identificar quatro subtemas, como nos mostra o Quadro 3:

Quadro 3- A relação do Dasein na experiência da dor crónica do foro oncológico

Tema	Subtemas
A relação do Dasein na experiência da dor crónica do foro oncológico	<ul style="list-style-type: none">- Perda de autonomia na realização das tarefas domésticas- Perda da capacidade de desempenho da atividade profissional- Alteração da imagem corporal- Perda do convívio social

4.2.1- Perda de autonomia na realização das tarefas domésticas

Na área da saúde, o conceito de autonomia surge intimamente ligado à condição humana de toda a pessoa e conseqüentemente ao cuidar em enfermagem, pois traduz-se pela faculdade atribuída a um grupo humano para se administrar a si próprio. A perda progressiva da autonomia pode ser causa de grande sofrimento para o doente. A doença oncológica sendo crónica e debilitante, conduz o doente à perda da sua autonomia e conseqüentemente à dependência de outros na realização das tarefas do dia-a-dia, nomeadamente dos seus familiares, como referem os sujeitos do estudo:

“ (...) por exemplo estender uma roupa não consigo, mas o meu marido lá me ajuda e é assim, (...)” (E6).

“ (...) no início da doença eu não fazia nada, não tinha vontade de fazer nada, nem as dores deixavam, (...), a dor não me deixava fazer nada, nada, (...), deixei de fazer as coisas de casa, deixei de fazer a comida, as camas, tudo, deixei de fazer tudo, não podia varrer, nem lavar o chão, a minha filha é que tinha de fazer isso tudo, ... ()” (E7).

“ (...), a coisa que mais me custa é lavar o chão ou varrer porque faz-se muito esforço, faz-se uma força enorme no braço, normalmente é a filha ou o marido que fazem essas coisas, agora estou mais mimada, eu se faço alguma coisa, faço devagarinho, mudei as vassouras para mais leves, mais fininhas, (...)” (E10).

No estudo realizado por (González e Moreno, 2007:8), verifica-se que as atividades de vida diária com limitações, de moderada a severa, devido à dor são: trabalhos do lar (67,6%), caminhar (62,92%), conduzir ou utilizar algum tipo de transporte (54,3%) e o sono (51%), tal como no nosso estudo:

“Eu é que fazia os trabalhos da minha casa, quem fazia as minhas compras era eu, eu é que fazia as minhas coisas todas da minha casa, agora não posso, ... (), (...)” (E1).

“ (...), vir à rua, não posso, não sou capaz, tenho umas escadas também de vinte e quatro degraus, também não as posso descer, nem subir, (...), ... ()” (E1).

“ (...) custa-me muito a estender a roupa, ir às compras, tenho dias que mesmo só trazendo o pão e mais qualquer coisa que antes trazia facilmente e agora chego a casa como se costuma dizer de “língua de fora”, mesmo muito cansada, com dores que apanham também a parte das costas e ombros e fico sem força nenhuma (...)” (E4).

“ (...) pintar uma casa, isso já não, já não sou capaz de fazer essas coisas, esfregar uma carpete também não e agora desde que me meteram aqui o cateter para a quimioterapia, ainda muito menos, porque isto também apanha os movimentos, (...)” (E4).

“Custa-me muito passar a ferro por causa do calor do ferro, por causa do cateter, hoje passo uma roupinha, amanhã passo outra, quando posso (...)” (E6).

Os doentes encontram dificuldades na execução das atividades que anteriormente realizavam sem esforço e hoje, confrontam-se com o facto de não conseguirem concretizar as mais pequenas tarefas do quotidiano, devido à dor. A pessoa com dor crónica sofre uma alteração do equilíbrio a vários níveis, “a doença provoca uma rutura na vida do ser humano e a sua existência futura corresponderá à busca de um novo equilíbrio. (...), na dor crónica, já não é de uma doença localizada que falamos, mas sim de todo um organismo que sofre e que se adapta.” (Metzger, Muller, Schwetta e Walter, 2002:148). A adaptação à nova situação conduz os doentes muitas das vezes à revolta:

“ (...) há certas coisas que a pessoa vai para fazer e não é capaz, (...) para a minha idade é um bocado complicado, (...), tenho 46 anos e há certas coisas que me custam muito a fazer, certos movimentos que apanham os movimentos dos ombros, ainda ontem, por exemplo queria abotoar o avental e não era capaz, são estas pequeninas coisas que às vezes custam e depois aí é que a pessoa, ... (), sente um bocadinho de revolta, ... ()” (E4).

“ (...) revoltou-me muito, () porque eu sou uma pessoa que andei sempre a trabalhar, saía do meu emprego, chegava a casa e podia estar até á meia noite a fazer tudo e mais alguma

coisa de casa e quando isto me aconteceu, foi como que um balde de água fria, porque deixei de poder fazer as minhas coisas, eu era uma pessoa que fazia tudo e tive que deixar de fazer devido às dores, (...)” (E6).

Os testemunhos confirmam a dor crónica como uma experiência multidimensional, que não envolve somente a dimensão física, como tem sido referido, mas “ (...) deve ser compreendida a partir do conceito de dor total, constituída pela dor somática, psicológica, psicossocial e espiritual.” (Tulli, Pinheiro e Teixeira, 2003:5). A presença de dor modifica o quotidiano do doente, as suas relações com os outros e acaba por quebrar a sua relação com o mundo, retirando ao doente a vontade de realizar as tarefas do dia-a-dia, como referem os entrevistados:

“ (...) em casa fazia algumas bricolages que agora já não posso fazer, andar em cima de escadotes também não é conveniente, ..., cozinhar ou lavar a loiça também não faço, ... (), (...), canso-me e perdi a vontade.” (E2).

“ (...) vejo-me muito aborrecida, triste de querer fazer as minhas coisas e não puder, () (...) (E1).

“A dor física não me deixa passar a ferro, aspirar a casa, não permite que eu faça movimentos, esforços. A dor psicológica é diferente, eu posso fazer os esforços, mas não tenho vontade, não me apetece fazê-los.” (E3).

“ (...) não posso fazer esforços, (...) antes fazia em casa trabalhos de mecânica, tinha sempre a minha bancada onde fazia alguns trabalhos, agora falta-me a força nos braços e até a força de vontade, tudo é diferente, o que eu fazia já não consigo realizar hoje, ... () (...)” (E5).

Verifica-se através dos depoimentos dos participantes que o grau de comprometimento físico, ou seja, a dificuldade em realizar as atividades do dia-a-dia, como resultado da doença e da dor, causa revolta, tristeza e conduz, muitas das vezes, à perda de vontade da pessoa doente, em realizar os afazeres do quotidiano. A dor e a fadiga são dois dos mais comuns problemas físicos vivenciados pelos doentes oncológicos. No estudo de (Rietman et al, 2004), concluiu-se que a dor é a perturbação mais frequente após tratamento de cancro da mama, estando fortemente relacionado com a incapacidade física. Assim referem as entrevistadas do nosso estudo, submetidas a mastectomia:

“ (...) quando nos sentimos limitadas nos trabalhos de casa, que foi sempre o que eu fiz e é o que sei fazer e não tenho quem mos faça, então quando a dor não me deixa fazer um esforço maior, é muito mau, já tenho chorado, ... () (...)” (E4).

“ (...), porque com certas idades as pessoas vão-se cansando, os anos vão passando, mas na minha idade, ..., o não ter força, não poder fazer as coisas, não ter forças deixa-me em baixo, ... ().” (E4).

“ (...) a coisa que mais me custa é lavar o chão ou varrer porque faz-se muito esforço, faz-se uma força enorme no braço, (...), faço devagarinho, mudei as vassouras para mais leves, mais fininhas, (...)” (E10).

Referindo-se ao Instituto Nacional de câncer nos Estados Unidos, (Battaglini, et al, 2004:99), referem que “72% a 95% dos doentes oncológicos em tratamento apresentam aumento dos níveis de fadiga resultando em diminuição significativa na capacidade funcional, levando-os a uma perda muito grande da saúde na qualidade de vida”. Dado que a pessoa com dor crónica do foro oncológico apresenta uma capacidade física diminuída, efetua um maior esforço para desempenhar as atividades do dia-a-dia, e desta forma pode sentir fadiga, mesmo quando as atividades que desempenha requerem um esforço físico menor:

“ (...), não posso andar na rua, (...), ... não posso fazer compras, não posso limpar a minha casa, não posso fazer uma limpeza como lavar um chão, limpar o pó, ir fazer essas coisas, não tenho forças para isso, não sinto forças, (...), ... ()” (E1).

“ (...) faço uma coisinha qualquer, venho para o sofá e deito-me um bocadinho, depois descanso ali uma meia hora, lá vou ou través fazer outra coisinha qualquer, (...)” (E1).

“ (...) custa-me muito a estender a roupa, ir às compras, tenho dias que mesmo só trazendo o pão e mais qualquer coisa que antes trazia facilmente e agora chego a casa como se costuma dizer de “língua de fora”, mesmo muito cansada, com dores que apanham também a parte das costas e ombros e fico sem força nenhuma (...)” (E4).

Podemos dizer que a capacidade física diminuída conduz ao aumento da fadiga, aquando da realização de tarefas. Segundo o estudo de (Curt, 2000:11), “49% dos doentes oncológicos, numa amostra de 376 participantes, referem que o impacto da fadiga é significativo e nos doentes que apresentam fadiga, as limitações físicas, emocionais, mentais e sociais são evidentes.” A maioria dos doentes refere como atividades difíceis, o

andar a pé, a limpeza da casa e o subir escadas. Assim acontece com os sujeitos do nosso estudo:

“ Já há dois anos e tal que não saio há rua, venho de ambulância, não posso andar na rua, quando a perna não estava fraturada eu ainda ia à mercearia, ao mercado da hortaliça, fazer as minhas compras, as minhas coisinhas, mas agora com a perna assim, não posso, ... são fraturas patológicas por metástases ósseas, ... (...) ” (E1).

“ (...) custa-me muito a estender a roupa, ir às compras, tenho dias que (...) chego a casa (...), mesmo muito cansada, com dores que apanham também a parte das costas e ombros e fico sem força nenhuma (...)” (E4).

“ (...), deixei de fazer as coisas de casa, deixei de fazer a comida, as camas, tudo, deixei de fazer tudo, não podia varrer, nem lavar o chão, a minha filha é que tinha de fazer isso tudo, ... () ” (E7).

“sinto-me triste pela minha situação (), porque sou ainda muito nova, ... () tenho 44 anos e entristece-me pensar no que eu conseguia fazer e agora vejo-me sem poder fazer praticamente nada.” (E7).

O estudo realizado por (Curt, 2000), revela-nos que muitas das atividades do dia-a-dia são descritas como sendo tanto ou mais difíceis, como a simples atividade de preparar refeições, assim explica um dos participantes do nosso estudo:

“ (...) faço uma coisinha qualquer, venho para o sofá e deito-me um bocadinho, depois descanso ali uma meia hora, lá vou ou través fazer outra coisinha qualquer, por exemplo o almoço, ponho as coisas ao lume, mais ao menos marco o tempo, vou para o sofá, lá vou eu ver como é que está, até que se acabe e ando nisto assim, com o apoio de uma bengala... (...)” (E1).

4.2.2- Perda da capacidade de desempenho da atividade profissional

A dor crónica prolonga-se no tempo e soma-se às incapacidades que vão surgindo relacionadas com a doença oncológica e com os seus tratamentos. O estudo realizado por (González-Rendón, e Moreno-Monsiváis, 2007:8), revela que a dor “...pode ter graves efeitos adversos no estado físico, psicológico, emocional, social e espiritual dos doentes, o que se reflete sobre as atividades de vida diárias e condiciona perdas económicas, laborais

e sociais...A incapacidade funcional ocasionada pela dor é causa de sofrimento nos doentes, nas suas famílias e nas pessoas próximas.” Também os sujeitos do nosso estudo se referem às perdas a nível laboral, pois deixaram a sua atividade profissional por não conseguirem realizar esforços, devido à dor. No entanto, não se trata apenas de abandonar a atividade profissional, mas também o facto de lidar com o impacto resultante dessa perda e que se traduz, muitas das vezes, nas perdas económicas, no isolamento social e na perda de estatuto ligada ao desempenho de uma atividade socialmente reconhecida:

“ (...) não posso fazer certos esforços, não posso, ..., deixei de trabalhar, eu era servente de pedreiro, agora é impossível, deixei o meu trabalho, ... () (...)” (E2).

“ (...), trabalhei sempre com doentes muitos com cancro, fui auxiliar de ação médica, (...), o ter de deixar de trabalhar, o deixar de sair de casa, (...), o deixar as rotinas habituais, (...), foi muito custoso, porque senti-me inútil, () (E3).

“O trabalho tive que deixar, pois trabalhava a dias e é um bocado complicado, parece que não mas tem que se fazer muita força e agora até já me reformaram, (...), porque é muito complicado estar a trabalhar, tem que se fazer muito esforço, já basta o trabalho da minha casa que tenho dificuldade em fazê-lo (...), (E4).

“A dor, a doença trouxe-me muitas alterações no meu dia-a-dia. Eu era uma mulher muito ativa e gora estou parada, parada, parada, deitou-me muito abaixo isto, a dor, a doença, ... () Eu trabalhava a dias e agora não posso (), (...) (E7).

“ (...), a loja, tenho ido para lá sempre e às vezes com bastante sacrifício, as coisas estão lá, as coisas estão a olhar para mim a dizer que precisam ser feitas e eu não lhe mexo, (...) eu estou a olhar para aquilo e digo assim: tenho que esperar que venham forças para isso, porque enquanto não ganhar forças não vou mexer em nada, ... () ” (E8).

“Trabalhava com o meu marido no campo, nunca mais, deixei de fazer quase tudo o que fazia antes, porque não posso mesmo esforçar o braço, não posso mesmo () (...) vou tentar meter os papéis para a reforma ().” (E10).

4.2.3- Alteração da imagem corporal

A imagem corporal é a representação afetiva que se faz do próprio corpo. Segundo (Monteiro e Santos, 1995), esta representação está relacionada com aspetos gerais de auto confiança e auto estima que cada pessoa possui. No entanto a construção da imagem

corporal também envolve os fatores relacionais, ou seja, a forma como os outros nos representam e os fatores socioculturais desde a moda e os padrões de beleza. Podemos dizer que a autoestima define a forma como a pessoa se sente em relação a si mesma, é um sentimento de amor-próprio e respeito por si próprio. A autoconfiança é a convicção que uma pessoa tem, de ser capaz de fazer ou realizar alguma coisa. No estudo efetuado por (Amorim, 2006:113), verifica-se que todos os sujeitos do estudo “referiram a diminuição da autoconfiança e auto estima.” Desta forma a imagem corporal será afetada, pois a mesma relaciona-se com a autoconfiança e auto estima de cada pessoa:

“ (...) ..., a vida parece que não é a mesma, parece que não é a mesma coisa, (...), parece que, ... (), a vontade de fazer qualquer coisa se perde, (...), sinto-me mais, ... () para, ..., o lado do triste, (...), vejo os outros bem, acho que ainda sou muito novo, tenho ainda 56 anos, ... ” (E2).

“ (...) , o ter de deixar de trabalhar, o deixar de sair de casa, deixar de estar com os amigos, o deixar as rotinas habituais, não conseguir fazer as tarefas da casa que antes realizava, foi muito custoso, porque senti-me inútil, () ” (E3).

“ (...) sou uma pessoa nova, como já disse e a gente ver-se sem poder fazer as coisas é muito triste, deixa a pessoa em baixo, ... () (...) ” (E4).

“ (...) não tenho vontade, não me apetece conversar, não me apetece ver as pessoas, sinto-me triste pela minha situação (), (E7).

“ (...) a minha doença, a mastectomia que me diminuiu muito (), (...) ” (E10).

“Tem dias, tem horas, ..., eu vou tentando às vezes esquecer, ..., não é fácil esquecer, ... (), não se esquece, mas, ..., não sei como é que, pronto, como é que eu me minimizei, não sou eu, não sei se chegarei a esse ponto de me sentir inteira, não me sinto inteira, (...) ” (E10).

Ainda no estudo efetuado por (Amorim, 2006:113) verifica-se que “a mutilação provocada pela mastectomia conduz à alteração da autoimagem, (...) ”, sendo que os sujeitos do estudo “em relação à alteração da imagem corporal experienciam sentimentos de lamento, vergonha e profunda tristeza.” Acrescenta a mesma autora, que “ (...) a perda, o medo e a revolta são sentimentos que ainda hoje acompanham o percurso destas mulheres e esta perda está intimamente ligada à imagem corporal, sendo esta uma constante na vida destas mulheres.” Assim nos referem as entrevistadas do nosso estudo submetidas a mastectomia:

“Há aquelas fases mais complicadas, sei lá, ..., a queda do cabelo é uma coisa um bocado dolorosa, (...), ... (), estas coisas doem muito (...)” (E4),

“ (...) eu estive sem cabelo, pronto eu usei sempre peruca, mas pronto estava completamente diferente, agora é que já, ... (), eu não sei se alguma vez me vejo ao espelho como eu era, porque agora eu sei que não estou como eu era, ... (), (...)” (E10).

“No meu caso os médicos diziam que posteriormente me faziam dois jeitosos peitos, mas depois optaram por não operar, fiz radioterapia e quimioterapia, mas já não é a mesma coisa, o peito mirrou, estão doentes, agora até está um maior do que o outro, () (...)” (E4).

“... (), isto mexe com tudo, ..., não sei explicar, (...),, uma palavra para definir é mutilada, é aquilo que é, é isso que eu sinto, não me sinto mulher, ..., é isso, ... ()” (E10).

“ (...) não me sinto inteira, é a palavra certa é essa, quero fazer a reconstrução quando puder, assim que puder, ver se eu me consigo sentir melhor, ... ()” (E10).

“O estigma da doença com a retirada de uma parte do corpo com o qual esta se identifica, compromete seriamente a sua feminilidade provocando alterações da imagem corporal. A perda de um seio envolve dois importantes conceitos: a alteração da imagem corporal e o desgosto da perda, refletindo uma perda física e sexual (...).” (Amorim, 2006:110). Perder uma parte do corpo “é ter alterada toda uma existência, é viver uma incompletude que traz consigo uma série de alterações no existir. É ter que se adaptar / readaptar, aprender a viver novamente, agora assumindo uma outra perspectiva no mundo para si, para os outros, para os objetos.” (Chini e Boemer, 2007:3). Outros sujeitos do estudo também se pronunciaram sobre a sua alteração corporal:

“o meu complexo é este de utilizar o saco para as fezes, ..., porque vejo-me, sinto-me não sei como, acho que isto estorva-me aqui, (...), ..., principalmente quando uma pessoa vai tomar banho, é aquilo ali, ..., (...), é sempre uma coisa que não está bem, é um enxerto, ... () (...)” (E2).

“não me conseguia olhar no espelho, sobretudo quando foi a queda do cabelo e de alguns dentes, devido aos tratamentos, o que me obrigou a usar peruca e a ter de colocar prótese dentária, ... ()” (E3).

Ao efetuarem uma abordagem sobre o corpo, (Chini e Boemer, 2007:3) salientam:

“percebo e sou percebido através do meu corpo, pois ele é o veículo do ser-no-mundo e, dessa forma, não se tem um corpo, mas é-se um corpo. O “corpo próprio” ou o “corpo vivido” é aquele que, através do sensível, exerce a comunicação vital com o

mundo, sendo esse aquilo que se vive e não o que se pensa. O corpo é nosso meio de ter o mundo e é por ele que há a relação com os outros, com as coisas, com o próprio mundo, experienciando o próprio corpo.”

A perda/alteração de uma parte do corpo, que deixa de existir ou de funcionar como anteriormente e que silencia, contribui para o viver de um estado incompleto, que altera toda a existência da pessoa doente, conduzindo a uma alteração da relação do seu corpo com o mundo, com os outros e com o que o rodeia.

4.2.4- Perda do convívio social

A dor crónica retira toda a vontade, ocorrem perdas a vários níveis, desde as limitações nas atividades do dia-a-dia, a redução das atividades profissionais e também a redução das atividades de lazer e do convívio social, assim referem os sujeitos do estudo:

“ (...), ..., *gostava também de ir beber uma cervejinha, também não posso, ... ()*, (...), ..., *evito ir ao café, agora que só bebo água, nem me apetece ir ao café, porque quando se bebe um copo, conversa-se mais um bocadinho, (...)*” (E2).

“ (...), *o deixar de sair de casa, deixar de estar com os amigos, o deixar as rotinas habituais, (...), foi muito custoso, (...)*” (E3).

“*Às vezes vou comprar o pão, mas venho logo para casa, ..., já não me entretenho na rua com outras pessoas, aborrece-me, isto, ... ()*, *a doença, a dor, os tratamentos, também me entristece, ... ()*.” (E5).

“*Mesmo para sair de casa, deixei de ter vontade, antes saía mais, deixei de ir ao café, ou mesmo passear, deixei de ir, não me apetece, não me apetece sair, ... ()*, *sinto-me aborrecida, triste, muito triste, ... ()*.” (E7).

“*Vou à rua, mas às compras, ao café ou mesmo passear deixei de ir, não tenho vontade, não me apetece conversar, não me apetece ver as pessoas, sinto-me triste pela minha situação ()*, (...)” (E7).

“ (...) *fazia ginásio também todos os dias, (...) quando a doença surgiu e tive de ser operado, aí tive que deixar de ir ao ginásio, ... ()*, *depois quando tiver com mais força, já para lá vou fazer qualquer coisa.*” (E8).

Ainda no estudo de (Curt, 2000), os doentes também referiram fadiga relacionada com incapacidade social, que inclui dificuldades em ir às compras, brincar com crianças, dispor

tempo com os amigos, ir a um restaurante ou ao cinema. Assim continuam a referir os entrevistados:

“Agora, ..., quer dizer custa mais a passar o tempo, porque a pessoa andava mais entretido, trabalhava e depois fazia qualquer coisa em casa, ou no jardim, ou ia ao café, agora não, a dor não deixa (...), ... (), a pessoa anda mais triste, esmorecido (...) (E2).

“Passo muito tempo em casa a olhar para a rua da minha marquise, ... (), (...) Já não é a mesma coisa, há diferenças, há muitas tardes que custam a passar, fico muito tempo em casa, raramente saio á rua, não me apetece, fico muito tempo na marquise,” (E5).

A análise da relação do Dasein, na experiência da dor crónica do foro oncológico, demonstra que ocorrem limitações de forma significativa nas atividades do dia-a-dia. Muitas das atividades do quotidiano, são descritas como sendo tanto ou mais difíceis de realizar, devido às limitações físicas, por exemplo, a perda de autonomia na realização das tarefas domésticas. Surge também, a perda da capacidade para dar continuidade ao desempenho da atividade profissional, o que conduz a outro tipo de perdas, como as monetárias, a perda de estatuto na sociedade, pela profissão até aí desempenhada, a perda do convívio social resultando muitas das vezes no isolamento e conseqüentemente, a perda de motivação, de vontade e a tristeza preenchem o dia-a-dia da pessoa doente. Acresce a este quadro, a alteração da imagem corporal expressa na relação do Dasein na experiência da dor crónica do foro oncológico. Os depoimentos dos participantes deixam transparecer a perda/alteração da função de uma parte do corpo, através da alteração que sentem da relação do seu corpo com os outros, com o dia-a-dia e com o mundo, já que a perda/alteração corporal conduz a um conjunto de alterações no existir.

4.3- A ANGUSTIA DECORRENTE DA PROXIMIDADE DA MORTE

“Não há mal que não sare ou não conforte

Tua mão que nos guia passo a passo

Em ti, dentro de ti, no teu regaço

Não há triste destino nem má sorte

Dona morte dos dedos de veludo,

Fecha-me os olhos que já viram tudo!

Prende-me as asas que voaram tanto!”

Florbela Espanca (In Sonetos) (1903)

Como já foi referido no ponto 3.1.1, podemos dizer que a angústia representa a oportunidade do homem imergir na intimidade de seu ser, até ao autoconhecimento em sua dimensão mais profunda, sendo que, a partir da apreensão da angústia, o homem percebe-se como um ser-para-a-morte. Neste contexto, baseando-se em Heidegger, (Chauí, 1996:9) afirma haver duas soluções, “ou o homem foge para a vida quotidiana, ou supera a angústia, manifestando seu poder de transcendência sobre o mundo e sobre si mesmo.” No entanto, a compreensão dessa condição existencial não acontece original e quotidianamente. O Dasein, original e quotidianamente, compreende de modo inautêntico essa condição, esquivando-se da facticidade e do ser-para-a-morte. Referindo-se a Heidegger, salienta (Renaud, 2006:5), que a angústia é o “sentimento pelo qual o ser humano antecipa o “viver a morte”. Esta observação leva-nos, além de Heidegger, a notar que existe, inerente ao morrer, um horror, uma repulsão vital, existencial, afetiva e espiritual, que transtorna a nossa capacidade de interiorizar a morte.” Acrescenta, que “a angústia aparece como uma das formas viscerais de que se reveste o horror da morte quando toma conta de nós, vivos.” De acordo com a mesma autora, a ideia ou a proximidade da morte “tem um efeito de destabilização física, emocional e eventualmente espiritual à qual ninguém tem a garantia de escapar totalmente. E a angústia pode ter vários rostos: o pânico face à morte iminente, o medo de sofrer a degradação do corpo e da mente, o horror do vazio, etc. (...) só o ser humano pode ter a ideia do nada, do puro vazio e da inexistência. (...)” Neste sentido, ainda (Renaud, 2006:5), refere que “é permitido

pensar que o ser-para-a-morte apenas o é porque a repulsão que sente face à morte faz dele um ser-para-a-vida, porquanto não se identifique a vida com a vida biológica.” Pois a vida não se limita somente à vida biológica, mas sim à possibilidade constante que marca toda a existência.

A partir do agrupamento das unidades de significado para o tema 3- A angústia decorrente da proximidade da morte (Anexo E) foi possível identificar sete subtemas, como nos mostra o Quadro 4:

Quadro 4- A angústia decorrente da proximidade da morte

Tema	Subtemas
A angústia decorrente da proximidade da morte	<ul style="list-style-type: none">- Sentido da vida/morte- Finitude- Resignação- Medo- Tristeza- Revolta- Aceitar o Sofrimento

4.3.1- Sentido da vida/morte

Segundo (Paldron, 2004:78) é perante a morte “que o sentido da vida e, por extensão, o sentido da morte mais nos atormentam. Que sentido dar a tudo o que vivemos? Qual a razão da alternância de experiências boas e más? Que rasto deixará a nossa passagem? Que utilidade teve o termos vivido?” Acrescenta a mesma autora, que nesse momento colocam-se “as verdadeiras questões sobre o sentido da nossa existência. Quem encontra respostas fortalece-se. Quem não as encontra, perde o gosto de viver.” Neste contexto, (Nobre, 2008:10) refere:

“A relação com a proximidade da morte, no doente em fim de vida, para além de nos fazer pensar na nossa própria morte, também nos leva a questionar sobre o sentido da vida, colocando questões:

Relacionadas com o passado: “Quem está por de trás do sofrimento?”.

Relacionadas com o presente: “ Vale a pena lutar contra a doença para obter uma qualidade de vida às vezes muito reduzida?”, “Que sentido tem lutar?”.

Relacionadas com o futuro: “Que espera o doente em fim de vida?”, “Até quando?”.

Quando temos dúvidas sobre o que vivemos, quando perdemos as nossas motivações mais profundas, quando entramos num tormento metafísico, se não pararmos para questionar o sentido da nossa vida, sofremos psicologicamente e depois fisicamente. Neste contexto é fundamental identificar as necessidades espirituais da pessoa com dor crónica do foro oncológico e acompanhá-la, ajudando-a a viver o seu percurso. Neste sentido, (Bermejo,1999:37) refere que uma das necessidades, no campo espiritual, envolve a “Angústia e as perguntas difíceis”. Surgem com frequência sentimentos de culpa no doente e que lhe desencadeiam sentimentos de angústia. O doente acusa-se a si próprio, auto condena-se e quando confrontado com a morte surge a necessidade de encontrar um sentido, uma explicação e estas interrogações podem transformar-se num verdadeiro tormento:

“ (...) parece que não merecia isto e porque é que isto me aconteceu? ..., e não basta ter sido num lado e agora estar passando para outros, ... (), (...)” (E1).

“ (...) pergunto-me várias vezes porque é que isto me aconteceu e como é que isto chegou a um limite destes? Não sei, ... (), (...) (E2).

“Às vezes sinto revolta, mas também penso que calha a quem calhar, calhou-me a mim agora, ... (), mas às vezes também penso, porque é que foi para mim? Porque é que me calhou a mim? ... () Pensa-se muitas vezes, porque é que me aconteceu a mim, ... ().” (E7)

Saber acompanhar estes doentes envolve dar-lhes espaço, para que possam partilhar as suas dúvidas, sofrimento, a dor e até o silêncio. A escuta ativa é fundamental, para compreender o doente no seu todo, lembrando que escutar não é só ouvir, pois a escuta integral envolve “ouvir com os nossos ouvidos, mas em primeiro lugar e sobretudo, escutar com todo o nosso ser.” (Lazure, 1994:16). O estudo realizado por (Silva e Merighi, 2006:259) revela que a pessoa com dor crónica do foro oncológico “ (...) defronta-se com a possibilidade mais própria, irremissível e insuperável, no curso de seu ser, a morte. Tem incertezas quanto à possibilidade de morrer ou não e isto, certamente, gera angústia.” Cada pessoa perante os acontecimentos da vida sente, interpreta o que lhe acontece de diversa

forma e a mesma situação pode ser vista por uns como uma felicidade e por outros como um sofrimento, depende de cada pessoa e daquilo com que cada pessoa se identifica. No estudo efetuado por (Carvalho e Merighi, 2005:957), os mesmos salientam:

“o diagnóstico de cancro acarreta uma série de problemas que ultrapassa os de ordem física, na medida em que se associa à morte, à dor e ao sofrimento. A extensão e a duração desses problemas podem ser fortemente influenciadas pelas estratégias de gestão utilizadas pela pessoa em seu lidar com sua doença”.

Um dos sujeitos do estudo apesar de se questionar também sobre o “porquê a mim?” considera que a sua situação de doença contribuiu para um crescimento interior, uma vez que lhe permitiu refletir sobre o seu dia-a-dia e aprender a apreciar o que o rodeia, pois, devido à rotina diária, nunca tinha parado para olhar com maior atenção o que está à sua volta, pois habitualmente passava despercebido:

“ (...) pergunto várias vezes: *Porquê a mim? Para quem? Para a pergunta: “porquê a mim?” Não sei, não consigo encontrar uma resposta, mas quando me pergunto “para quem?” sei que é para aprender, para aprender mais, para olhar o mundo de outra forma, (...) que antes não via” (E3).*

Apesar do ser humano ter consciência de que é mortal e da morte fazer parte da vida, tal como refere (Heidegger, 1989:35), “a morte vem ao encontro como um acontecimento conhecido, que ocorre dentro do mundo”, a mesma é percecionada como um acontecimento longínquo e que só acontece com os outros e não com nós próprios. Acrescenta o mesmo autor, que o discurso que se pronuncia sobre a morte diz:

“algum dia, por fim, também se morre mas, de imediato, não se é atingido pela morte. (...) A análise desse “morre-se” (...) é compreendida como algo indeterminado, que deve surgir em algum lugar mas que, de início, para si mesmo, ainda-não é simplesmente dado, não constituindo, portanto, uma ameaça. O “morre-se” divulga a opinião de que a morte atinge, por assim dizer, o impessoal. (...), qualquer um outro e o próprio impessoal podem dizer com convicção: mas eu não; pois esse impessoal é o ninguém.”

Este aspeto verifica-se nalguns sujeitos do estudo ao considerarem que existem outras pessoas com doença oncológica, mas eles não são merecedores dessa doença de acordo com bons atos praticados ao longo da sua vida:

“*Penso muitas vezes que não merecia isto, tenho que me mentalizar, como eu há tanta pessoa com esta doença, mas pronto eu não merecia isto, mas enfim, ... (), eu não merecia. (...) sinto que não merecia porque sempre trabalhei uma vida inteira, fui sempre motorista, e sempre gostei de ajudar as outras pessoas (...)*” (E5).

“Eu penso é que sempre ajudei os outros, sempre fui assim, mesmo do pouco que tenho vou ajudar os outros e sempre fui assim de dar e às vezes penso assim, se eu tenho sempre ajudado as outras pessoas, porque é que me calhou a mim, ..., mas depois também penso que há outras pessoas que ainda sofrem mais do que eu, tem outras perdas maiores e dou a volta assim aos meus pensamentos, (...) ” (E6).

Adoecer por cancro recorda ao doente que é um ser-para-a-morte. A morte é a possibilidade que está sempre à sua frente, encontra-se dentro da sua vida, uma vez que sabe do seu morrer, ou seja, “ (...) a gente também morre no final. (...) A morte é individual, ainda que sejamos atingidos pela morte, cada pessoa tem que morrer a sua própria morte” (Silva e Merighi, 2006:258). Assim salienta (Heidegger, 1989:35), “a morte que é sempre minha, de forma essencial e insubstituível, converte-se num acontecimento público (...)” e em sentido genuíno, “ (...) não fazemos a experiência da morte dos outros. No máximo, estamos apenas “junto” (Heidegger, 1989:19). Cada pessoa tem um percurso de vida. Ninguém pode dizer que viveu em vão, todos temos a nossa missão e certamente que cada um de nós tem impacto na vida dos outros. Tal como nos refere (Paldron, 2004:101):

“Se considerarmos a quantidade de pessoas que nos ajudaram a ser quem somos hoje, haverá muita gente que não tem a mínima ideia da importância que teve na nossa vida. Da mesma forma, é provável que tenhamos tido algum impacto na vida de muitos, e que essas pessoas não no-lo tenham dito”.

No entanto, por vezes, é difícil avaliar o nosso contributo. Torna-se assim necessário alargar as nossas perspetivas, valorizarmos as pequenas coisas, os objetivos que alcançámos, os obstáculos que ultrapassámos, o nosso papel enquanto pessoas, como seres individuais e únicos, pois o lugar que cada um de nós ocupa no mundo é também ele único. A morte faz parte da vida e cada pessoa atribui um sentido à sua morte em função do sentido que dá à sua vida. No estudo realizado por (Silva e Merighi, 2006:259), verifica-se que “a forma com que as pessoas enfrentam a morte relaciona-se com o sentido que dão à vida.” Podemos assim dizer que morre-se como se vive.

4.3.2- Finitude

A finitude da pessoa contraria o seu desejo de dar continuidade à vida indefinidamente sem alterações físicas, ou seja, com um corpo belo e jovem. “Como toda a vida possui esta característica de desejar permanecer no seu ser, o desejo de viver faz-nos ignorar espontaneamente a existência da nossa morte.” (Renaud, 2006a:2). Quando o espelho mostra à pessoa os sinais de um corpo vivido no tempo, como são as rugas, os cabelos brancos, a perda de brilho e de elasticidade da pele, são tentados truques para retardar os sinais que o tempo oferece, em busca da juventude. Pois com o desenvolvimento da nossa sociedade de consumo, as pessoas são facilmente tentadas a adotar formas que lhe devolvam a eterna juventude, que lhe permitam alcançar o corpo físico que já tiveram. Começamos a pensar na morte quando nos damos conta das nossas alterações físicas e são muitas as pessoas que, não aceitando as alterações físicas que vão surgindo, não aceitando o corpo vivido, recorrem às dietas, aos cremes, às massagens, ou a outros tratamentos, na esperança destes lhes poderem apagar algumas das alterações que o tempo deixou e de lhes devolverem o corpo físico de outrora. (Renaud, 2006a:2) salienta que “o relógio cronológico da vida progride inexoravelmente, de tal maneira que o princípio de realidade nos obriga a abrir os olhos sobre a contagem do tempo, não só para fins de aposentação, mas para a aposentação definitiva”. Aos poucos, “todos se encaminham para a mesma preocupação: a (sua) morte. Ninguém parece negar que intelectualiza os seus problemas existenciais. É a sua reflexão, ou seja, é refletindo que entra na velhice e, inevitavelmente vai ficando mais perto da (sua) morte.” (Frias, 2003:40). Relativamente à forma como interiorizamos a morte, “o modo como aprendemos a morte própria será também relativo à maneira como vivemos ou temos vivido a nossa vida.” (Renaud, 2006a:4). Podemos assim dizer que morremos como vivemos, pois torna-se imprescindível tomarmos consciência do nosso papel para podermos, viver em paz e morrer em paz porque o que dá sentido à vida dá sentido à morte. A aceitação da finitude da pessoa, da nossa finitude, “é um processo de maturidade que nos permite olhar com admiração o que nos rodeia: permite dar a cada coisa o seu valor. Nisto consiste a verdadeira sabedoria.” (Frias, 2003:58). De acordo com (Renaud, 2004:11) “o corpo não é somente finito, mas às vezes doente e em situação de risco. (...) O ser humano sente-se diminuído, impotente face à dor; o corpo é um corpo de dor e, ao mesmo tempo, o homem sofre. A doença que se instala no corpo torna este

passivo e vulnerável, mas ao mesmo tempo esta consciência da dor reforça a autoconsciência, a consciência do “eu” que é aquele que sofre”. No estudo efetuado por (Carvalho e Merighi, 2005:957) verifica-se que “a mulher com cancro e fora de possibilidade de cura depara-se, simultaneamente, com o stress fisiológico, experimentado por ela diante de um quadro clínico que se deteriora progressivamente, causando desconforto físico contínuo após um período longo de tratamentos, muitas vezes agressivos e mutiladores.” Assim acontece com os nossos entrevistados:

“ (...) os tratamentos também são muito custosos, uma pessoa não tem vontade de nada, o corpo perde a força toda, o apetite cada vez é menos, só apetece estar com a cabeça no travesseiro e é a vida assim (...) uma vida sem qualidade, pode-se dizer que são vidas sem qualidade, ... () , (...) (E1).

“ (...) quando tenho que fazer um esforço maior e surge as dores, revolta-me eu saber o que eu era e como estou agora (...)” (E5).

“ (...), é casa e cama, metade do dia é para estar deitada, talvez seja mais que metade e a outra metade é que é para andar levantada e pronto e vai-se passando a vida assim, (...)” (E1).

“ ..., custou-me muito a doença, o ter cancro deixou-me no fundo, é uma palavra pesada, que me fez sentir muito pequenina, indefesa, fez-me pensar na morte, ..., ” (E3).

“Eu era uma mulher muito ativa e agora estou parada, parada, parada, deitou-me muito abaixo isto, a dor, a doença, ... () .” (E7).

De acordo com (Renaud, 2004:11) “ (...) na experiência do corpo doente ou ferido, a dor e o sofrimento trazem a marca de uma diminuição do ser”, que conduz a limitações aos vários níveis e “à passividade que pouco a pouco nos domina e toma posse de nossa existência”. Segundo (Melo, 2006:56), “o corpo físico é uma herança dos antepassados, mas também uma criação nossa, através da alimentação, do repouso, etc. quando não está bem surge “dor” e podemos saber que parte do corpo não está bem.” Os sujeitos do estudo afirmam, de fato, essa alteração na sua dimensão física:

“ (...), não posso limpar a minha casa, não posso fazer uma limpeza como lavar um chão, limpar o pó, ir fazer essas coisas, não tenho forças para isso, não sinto forças, (...), ... () ” (E1).

“ (...) custa-me muito a estender a roupa, ir às compras, tenho dias que mesmo só trazendo o pão e mais qualquer coisa que antes trazia facilmente e agora chego a casa

como se costuma dizer de “língua de fora”, mesmo muito cansada, com dores que apanham também a parte das costas e ombros e fico sem força nenhuma (...)” (E4).

“Custa-me muito passar a ferro por causa do calor do ferro, por causa do cateter, hoje passo uma roupinha, amanhã passo outra, quando posso (...)” (E6).

“O corpo psicológico é criado pela herança dos meios familiar e social, pela educação e pelas experiências de vida. Tem o funcionamento intelectual (pensamentos) e o funcionamento afetivo (emoções). Quando a nossa parte psicológica não está bem, chamamos o mal-estar de “sofrimento” (Melo, 2006:56). A doença oncológica e os tratamentos associados acarretam sofrimento, afetando também a dimensão psicológica:

“ (...) agora a conversa não me apetece, mesmo a pessoa fica imaginando, pensando no problema que tem, ... (), (...), não é aquela coisa como dantes, (...), ..., tem sempre um problema, para mim, ... (), sinto assim, (...)” (E2).

“ (...), o ter de deixar de trabalhar, o deixar de sair de casa, deixar de estar com os amigos, o deixar as rotinas habituais, não conseguir fazer as tarefas da casa que antes realizava, foi muito custoso, porque senti-me inútil, ()” (E3).

“ (...) quando nos sentimos limitadas nos trabalhos de casa, que foi sempre o que eu fiz e é o que sei fazer e não tenho quem mos faça, então quando a dor não me deixa fazer um esforço maior, é muito mau, já tenho chorado, ...(), (...)” (E4).

“Há um tempo que a gente fica triste, às vezes choro em casa quando estou sozinha, () (...) choro sempre em silêncio.” (E6).

“O corpo espiritual não é criado. Nascemos com ele. Alguns chamam-no de “alma”, outros “espírito”, ou “ser interior”. O corpo espiritual tem a ver com o sentido da minha vida e da vida. É uma necessidade humana que não está dependente da alimentação, do meio social ou da educação. Quando não está bem, chamamos o mal-estar de “tormento” (Melo, 2006:56). Para além da dimensão física e psicológica, a dimensão espiritual também é atingida:

“ (...) ..., a vida parece que não é a mesma, parece que não é a mesma coisa, (...), parece que, ... (), a vontade de fazer qualquer coisa se perde, (...), sinto-me mais, ... (), para, ..., o lado do triste, (...)” (E2).

“ deixei de fazer tudo, trabalhos da casa, sair ao café, trabalhar, isolei-me, ...tive uma depressão, ainda estou a fazer tratamentos, ..., () (...) ainda pensei em por fim á minha vida.” (E3).

“ (...) não tenho vontade, não me apetece conversar, não me apetece ver as pessoas, sinto-me triste pela minha situação (), (E7).

“Tem dias, tem horas, ..., eu vou tentando às vezes esquecer, ..., não é fácil esquecer, ... (), não se esquece, mas, ..., não sei como é que, pronto, como é que eu me minimizei, não sou eu, não sei se chegarei a esse ponto de me sentir inteira, não me sinto inteira, (...) ” (E10).

Muitas das vezes o corpo espiritual fica esquecido, sendo fundamental estar atento a essa dimensão em cada doente. Um mal espiritual pode começar com falta de sentido da vida, ou uma perda do sentido e é na fase final da vida que esta dimensão assume maior importância. Torna-se imprescindível uma atenção individualizada, continuada e integral da pessoa, isto é, que envolva os seus aspetos físicos, psicológicos, e espirituais procurando um equilíbrio entre o corpo físico, o corpo psicológico e o corpo espiritual, para alcançar a harmonia, tranquilidade e a paz interior. Devemos compreender a pessoa que está em fim de vida como uma pessoa viva, com sentimentos, uma história, desejos e necessidades, tal como cada um de nós. Com necessidades afetivas e relacionais, em que o fazer (perda do papel social, da atividade laboral, das atividades físicas, ...) e o ter (perda de bens materiais, da independência, ...) deixam de ser importantes, mas apenas o ser assume relevo (perda da identidade, da esperança, da existência). A pessoa enquanto doente deixa de fazer, depois de ter e finalmente de ser.

4.3.3- Resignação

Pode dizer-se que a resignação envolve a paciência que os doentes demonstram ter perante uma situação de doença e de sofrimento. No estudo efetuado por (Querido, 2005:143), também a resignação foi manifestada pelos doentes, referindo a autora que “resignando-se é uma forma de vivenciar a esperança, em que o individuo expressa resignação perante a situação.” No discurso de um dos sujeitos do estudo podemos constatar a resignação, que se revela numa recusa de agir, numa perda da vontade, ou seja, num desistir de lutar:

“ (...) nos dias de mais aborrecimento, pensamos é só no abalar, ... (), para o outro lado, ... e é assim, ..., é a minha vida, é assim, ... ().” (E1).

Verifica-se ainda, pelo sujeito do estudo, uma cedência da vontade a um ser superior:

“ (...) o que penso é ir vivendo assim até que Deus me leve, o meu pensamento é esse, não penso de outra maneira, penso ir fazendo estes tratamentos até que aguente e em não os aguentando deixá-los de fazer até que se acabe, (...) (E1).

“ (...) tem que a gente se ir governando como Deus quer, ..., temos que ir passando a vida como Deus a destina, ... (), é assim, ... ().” (E1).

“ (...), ... o que tenho certo é o outro lado, quando Deus quiser, calhou-me a mim, ... ()” (E1).

“Vamos lá penando até que Deus queira, tem que ser assim, ..., (...), não há nada a fazer, que é que a gente vai fazer? Temos que ir, ... (), temos que ir aceitando aquilo que há, não há mais nada, ..., (...) ” (E1).

As verbalizações deste entrevistado são formas de expressar resignação, assumindo a perda de controlo da situação, e entregando-se a Deus.

4.3.4- Medo

O medo traduz uma emoção que é comum aos doentes com cancro e habitualmente está associado à própria doença e ao término da vida. (Amorim, 2007:200), no estudo que efetuou verificou que prevalecem ainda:

“sentimentos de medo e preocupação quanto ao aparecimento de uma recidiva ou mesmo a possibilidade de agravamento do estado de saúde / doença. Os comportamentos verbalizados por estas mulheres manifestam-se em silenciar a sua doença, na simulação de sentimentos e manifestações de ansiedade e nervosismo, acentuando-se quando se aproxima a consulta de Follow-up.”

Refere a mesma autora que os medos são os sentimentos mais verbalizados pelos sujeitos do estudo, *“ (...) sentem medo por pensarem não ter cura, medo do prognóstico, medo de não aguentar os tratamentos, medo do sofrimento associado a todo o processo de doença, passando pelo próprio insucesso dos tratamentos e pela própria morte”* (Amorim, 2007:207). No estudo realizado por (Silva e Merighi, 2006:258), verifica-se que *“é o medo que acaba por dominar o quotidiano destas mulheres. (...), o receio da recidiva, reforça (...) o medo de deixar de viver.”* Já para (Phaneuf, 2005:85) *“o medo é acima de tudo um sentimento difuso e indeterminado que pode provir da própria morte”*. Conclui (Querido, 2005:155), através do estudo realizado, que o *“medo foi um dos sentimentos referidos pelos pacientes do estudo, relacionado com a ameaça de morte percebida ou real.”* Os

sujeitos do nosso estudo referem-se ao medo relacionado com a dor, com os resultados dos exames, com os efeitos secundários e a eficácia dos tratamentos:

“ (...) uns dias acredito que sim, mas tenho outros em que me sinto mais triste, em que penso mais na doença e tenho medo que este segundo tratamento ainda não resulte, ... ().” (E7).

“ (...) quando soube que os primeiros tratamentos não resultaram foi outro choque, é como se me tivessem dito que eu tinha outro e agora tenho medo de ter de passar por tudo ou través, é assim, ... (), tenho medo da dor, de tudo, dos efeitos secundários do tratamento, de tudo, ..., (...) tenho medo deste segundo tratamento não resultar, de voltar tudo ao início ... ().” (E7).

“ (...) a gente está sempre apreensivo e às vezes até temos medo de saber o resultado dos exames e essas coisas todas, temos aquele receio, é normal, (...) (E9).

“Tenho medo de isto me aparecer na outra mama, isso é o que mais me assusta (), (...). O pior medo é chegarem os outros exames e isto não estar tão bem como eu penso e gostaria que estivesse, ... (), (...). Ainda faço alguns planos, mas não são como antes fazia: daqui a cinco, dez anos vou fazer isto ou aquilo, ... (), agora não, se puder fazer já hoje não faço amanhã, ...,” (E10).

Apesar de nenhum dos entrevistados verbalizar o medo de morrer, o mesmo pode ser lido nas entrelinhas das suas verbalizações. Tal como nos refere (Kubler Rose, 1975:9),

“o medo da morte assemelha-se a um iceberg: a parte maior está escondida. Aquilo que exprimimos, são os receios conscientemente associados à ideia da morte – dor, sofrimento. Mas isto constitui apenas uma pequena parte do medo da morte. O verdadeiro medo (...) é profundamente reprimido, e falar nele coloca-nos numa situação desconfortável. É este medo que temos de fazer um esforço para compreender.”

4.3.5- Tristeza

No estudo efetuado por (Silva e Merighi, 2006:258) verifica-se que “as mulheres com cancro ginecológico vivenciam uma experiência que envolve perdas, medo, tristeza, que, em alguns momentos, pode ser percebida como sem resolução.” Também os resultados do estudo de (Amorim, 2007:193), acrescentam que “o choro causado quer por alterações físicas provocadas pelos tratamentos, quer pelo clima que se vive na sala de espera das consultas / tratamentos ou ainda pelas perspectivas futuras se encontrarem debeladas, é

também referido por várias mulheres.” No nosso estudo os entrevistados verbalizam a sua tristeza relacionada com a situação que vivem:

“ (...) tenho momentos em que me sinto triste pela minha situação.” (E8).

“Há um tempo que a gente fica triste, às vezes choro em casa quando estou sozinha, (), (...) choro sempre em silêncio.” (E6).

“ (...) passa-se a vida com a dor, com tristeza muitos dias, é assim, ... ().” (E1).

Alguns sujeitos do estudo relacionam a tristeza à incapacidade física resultante da situação de doença:

“ (...) não tenho forças para isso, não sinto forças, vai-se passando assim, ..., é a minha vida, é assim, ... () é a minha vida e vejo-me muito aborrecida, triste de querer fazer as minhas coisas e não poder (), (...)” (E1).

“ (...) sinto-me aborrecida, triste, muito triste, ... (). (...) sinto-me triste pela minha situação (), porque sou ainda muito nova, ... () tenho 44 anos e entristece-me pensar no que eu conseguia fazer e agora vejo-me sem poder fazer praticamente nada.” (E7).

“ (...) eu não posso fazer esforços e isso custa-me, faz-me sentir triste (). (...) a doença, a dor, os tratamentos, também me entristece, ... ()” (E5).

A presença de dor também é apontada por um dos entrevistados como um contributo forte para a tristeza que diz sentir:

“O meu dia-a-dia passo-o triste, uma pessoa que tem dores não anda bem, sente-se mal, não está bem em lado nenhum, porque a pessoa está a sofrer com dores, ... (), (...)” (E2).

“ (...), ..., depois de ser operado, a minha vida é sempre a mesma coisa, é de casa para a rua, é da rua para casa e aguentar um bocadinho as dores que aparecem, ... (), até que elas passem.” (E2).

“Agora, (...) custa mais a passar o tempo, (...) porque a pessoa andava mais entretido, trabalhava e depois fazia qualquer coisa em casa, ou no jardim, agora não, agora derivado a isto (...) vou passear, ou vou para aqui, ou vou para acolá, depois sofá, ver televisão e assim se passa o dia, mas é mais chato, é mais aborrecido, ... (), a pessoa anda mais triste, esmorecido e até parece que a dor nessas alturas aparece mais.” (E2).

Este entrevistado refere que o facto de estar menos ocupado no seu dia-a-dia confere-lhe tristeza e que a tristeza conduz a um aumento da percepção de dor. De acordo com (Leitão, 1992:10) “a dor gera ansiedade, o que por sua vez resulta num agravamento da dor e

consequentemente num aumento do nível da ansiedade, (...) denomina-se este fenómeno de retro alimentação da dor, que conduz a um ciclo vicioso”.

4.3.6- Revolta

No estudo realizado por (Silva e Merighi, 2006:259), verificou-se que “as mulheres têm consciência do seu estado de saúde entendendo que o único desenlace possível é a morte, como ocorre com algumas entrevistadas desse estudo. Por isso, há, muitas vezes, uma reação de revolta, desespero ou angústia, (...)”. No nosso estudo alguns dos entrevistados referem sentir revolta por considerarem que as suas idades cronológicas não deveriam ser compatíveis com este tipo de patologia e todas as complicações que lhe são inerentes, questionando-se sobre o porquê eu:

“ (...) acho que se perde a vontade de qualquer coisa, ou de ir a qualquer lado, “olha, era para sair, já não saio”, perco o apetite, a vontade, ... (), vejo os outros bem, acho que ainda sou muito novo, tenho ainda 56 anos, ... ().” (E2).

“ (...) tenho força de vontade, ..., mas para a minha idade foi uma coisa que me custou muito, ... (), e ainda custa.” (E2).

“ (...) para a minha idade é um bocado complicado, que acho que não sou muito velha, tenho 46 anos e há certas coisas que me custam muito a fazer, (...) e depois aí é que a pessoa, ... (), sente um bocadinho de revolta, ... (), (...) (E4).

“ (...) sou ainda muito nova, ... () tenho 44 anos e entristece-me pensar no que eu conseguia fazer e agora vejo-me sem poder fazer praticamente nada.” (E7).

“Às vezes sinto revolta, mas também penso que calha a quem calhar, calhou-me a mim agora, ... (), mas às vezes também penso, porque é que foi para mim? Porque é que me calhou a mim? ... () Penso muitas vezes, porque é que me aconteceu a mim, ... ().” (E7).

A revolta também se verifica quando os sujeitos do estudo se confrontam com a perda de capacidades devido à doença e sentem as limitações na realização das atividades do dia-a-dia:

“ (...) revolta-me eu saber o que eu era e como estou agora (...), acho que no fim da vida devia de poder gozar a minha reforma com saúde, mas, ... (), é assim, isso revolta um pouco.” (E5).

“ (...) revolto-me muito, () porque (...) deixei de poder fazer as minhas coisas, eu era uma pessoa que fazia tudo e tive que deixar de fazer devido às dores, (...)” (E6).

Um dos sujeitos do estudo expressa a sua revolta através da culpabilização (assumida a partir do discurso médico) dado que ficou colostomizado. Para além destes sentimentos, expressa ainda que se sente inferiorizado por usar o saco de colostomia:

“ (...) se tenho ido mais cedo, devia de ter ido fazer algum exame, por exemplo, aos quarenta e poucos anos, foi o que o médico me disse, se tenho ido podia até haver solução, se me têm tirado isto sem, ... (), (...) o meu complexo é este de utilizar o saco para as fezes, ... (), (...)” (E2).

Também no estudo de (Amorim, 2007:204), verifica-se que a revolta é sentida pelos sujeitos do estudo quando os mesmos se referem à alteração da imagem corporal, em que “não conseguem olhar-se ao espelho, chegando mesmo a partir o espelho do quarto.”

4.3.7 - Aceitar o sofrimento

O desenvolvimento do conceito de sofrimento tem origem no Antigo Testamento, significando o mesmo “uma punição divina do pecado, de uma falta do homem, de tal modo que é o próprio homem o causador do sofrimento” (Barreto, 2008:4). O sofrimento é algo pessoal, que possui uma dimensão subjetiva, “o sofrimento humano suscita compaixão, inspira respeito e, a seu modo, intimida...” (João Paulo II, 1996:7). Segundo (Ribeiro, 2008:2) “o sofrimento, que está para além do que é físico, corporal, é algo psicológico, uma sensação psíquica e muitas vezes designado por dor moral, (...). O sofrimento não se pode evitar, é inerente à vida humana, (...)”. O sofrimento é inerente à conceção individual do mundo e, por vezes, decorre de contextos e circunstâncias em que há possibilidade de mudar a situação. Mas existem situações sem possibilidade de mudança, como as dores, a doença, a morte e sofrimentos impossíveis de evitar:

“ (...) vai-se passando a vida penando, sofrendo, ... (), que é que se há-de fazer, (...) (E1).
“ (...) vai-se penando (...), coitado de quem lhe calha esta desgraça, é muito ruim, mas está calhando a tão boa gente infelizmente, que é que se há-de fazer? Temos que ter paciência para ir suportando isto, ... () até que, ..., até um dia, ... ().” (E1).

“ O meu dia-a-dia passo-o triste, uma pessoa que tem dores não anda bem, sente-se mal, não está bem em lado nenhum, porque a pessoa está a sofrer com dores, ... (), (...) ” (E2).

A pessoa que sofre é aquela que experiencia o sofrimento, trata-se de uma experiência dolorosa em que a pessoa se confronta com a finitude e a dependência. Como nos diz (Ribeiro, 2008:2), a doença e/ou sofrimento “não são vivenciados do mesmo modo pela pessoa; cada situação, mesmo que idêntica, é sempre diferente da anterior, provoca sofrimento único e, por mais que seja objetivado no corpo que se tem, afeta sempre o corpo que se é.” Assim se verifica nos entrevistados:

“ não me conseguia olhar no espelho, sobretudo quando foi a queda do cabelo e de alguns dentes, devido aos tratamentos, o que me obrigou a usar peruca e a ter de colocar prótese dentária, ..., () ” (E3).

“ (...) não me sinto inteira, é a palavra certa é essa, quero fazer a reconstrução quando puder, assim que puder, ver se eu me consigo sentir melhor, ...() ” (E10).

“ (...) não posso fazer esforços, (...) antes fazia em casa coisas de mecânica, tinha sempre a minha bancada onde fazia alguns trabalhos, agora falta-me a força nos braços e até a força de vontade, tudo é diferente, o que eu fazia já não consigo realizar hoje, ... () (...) ” (E5).

“ (...) os tratamentos também são muito custosos, uma pessoa não tem vontade de nada, o corpo perde a força toda, o apetite cada vez é menos, só apetece estar com a cabeça no travesseiro e é a vida assim (...) uma vida sem qualidade, pode-se dizer que são vidas sem qualidade, ... (), (...) ” (E1).

“Vou à rua, mas às compras, ao café ou mesmo passear deixei de ir, não tenho vontade, não me apetece conversar, não me apetece ver as pessoas, sinto-me triste pela minha situação (), (...) ” (E7).

O sofrimento traduz-se na ameaça à integridade pessoal, envolve alterações significativas a nível físico, psicológico, espiritual e do papel familiar, social e laboral. No estudo de (Querido, 2005:145), os participantes consideram “a possibilidade de sofrimento, demonstrando reconhecer o processo de perda e antecipando o sofrimento. (...) Subentende-se um desconforto associado a acontecimentos ameaçadores da integridade da pessoa.” Perante o sofrimento a integridade da pessoa, como ser holístico, é ameaçada ou destruída, desta opinião partilha (Barreto, 2008:7), ao afirmar que “o sofrimento do doente não se vivencia exclusivamente nas dimensões física e psicológica, mas que é um

fenómeno mais alargado e envolve as esferas psicossociais, como as dimensões laboral e familiar, e a dimensão existencial e/ou espiritual.” É este mesmo sofrimento que se verifica nos entrevistados:

“ (...) trabalhei sempre com doentes, muitos com cancro, fui auxiliar de ação médica, (...), o ter de deixar de trabalhar, o deixar de sair de casa, (...), o deixar as rotinas habituais, (...), foi muito custoso, porque senti-me inútil, ()” (E3).

“Deixei de fazer tudo, trabalhos da casa, sair ao café, trabalhar, isolei-me, ... tive uma depressão, ainda estou a fazer tratamentos, ... (), tive mesmo no fundo, ainda pensei em por fim á minha vida.” (E3).

“..., custou-me muito a doença, o ter cancro deixou-me no fundo, é uma palavra pesada, que me fez sentir muito pequenina, indefesa, fez-me pensar na morte, ...,” (E3).

“Há um tempo que a gente fica triste, às vezes choro em casa quando estou sozinha, () (...) choro sempre em silêncio.” (E6).

Como o sofrimento é pessoal e vivido de forma única por cada pessoa, ainda que em situações idênticas, salienta (Ribeiro, 2008:2), que cada um deve,

“identificar e partir dos seus próprios recursos, da sua energia interior, para enfrentar a sua caminhada, breve ou prolongada, estabelecendo relações com Deus ou o transcendente, descobrindo assim e muitas vezes, a razão da sua vida e da sua responsabilidade como pessoa individual, familiar e social.”

Todas as pessoas desejam ser felizes, e muitas julgam encontrar a felicidade na aquisição dos bens materiais, das experiências positivas, o que as afasta das suas próprias perceções e sobretudo da essência da vida e do seu sentido. Outras pessoas são capazes de experimentar a felicidade a outros níveis, até mesmo nas situações desagradáveis e de sofrimento, através do esforço de um trabalho de busca interior que lhes trás a compreensão, a “sabedoria do tempo” e a felicidade. Referindo-se à felicidade, (Paldron, 2004b:79) relembra que todos desejamos ser felizes e, “por conseguinte, o objetivo natural da nossa existência é a busca da felicidade. No entanto, se nos ficarmos pelo nível mais superficial deste objetivo, excluimos automaticamente todas as experiências desagradáveis.” Mas dado que a vida é composta de boas e más experiências, a mesma autora acrescenta, que esta forma de perspetivar a felicidade, ou seja, “esta visão parcial deixa de lado uma parte considerável da nossa existência. (...), mesmo admitindo que temos uma vida preenchida por múltiplas alegrias, por bem-estar e prosperidade, não deixaremos de presenciar a morte daqueles que nos são queridos, e não poderemos evitar a

nossa própria morte.” Desta forma, as respostas às nossas questões só podem ser alcançadas mediante um trabalho de busca interior, conduzindo-nos à “sabedoria do tempo” e que não se realiza sem esforço. Já que “todos queremos a felicidade, tudo o que contribui para ela faz naturalmente sentido. Por isso, na prática dar sentido à vida consiste sobretudo em dar sentido ao sofrimento” (Paldron, 2004b:99). Habitualmente o sofrimento revolta a pessoa e a mesma tenta resistir-lhe, torna-se então necessário compreender que o sofrimento faz parte da vida e que todas as situações da vida de cada pessoa são inerentes à sua condição humana. No estudo realizado por (Querido, 2005:148), verifica-se que os participantes assumem que o sofrimento,

“faz parte da existência humana, e como tal, deve ser suportado, ou pelo menos, integrado da experiência de vida. Nesta integração do sofrimento na vida, os participantes associam a sua vivência a Deus, dando ao sofrimento uma dimensão transcendental. (...) Os participantes assumem o sofrimento como um destino, algo a eles dirigido.”

É isso mesmo que é referido por um dos sujeitos do nosso estudo:

“ (...) tem que a gente se ir governando como Deus quer, ..., temos que ir passando a vida como Deus a destina, ... (), é assim, ... ().” (E1).

“ (...), ... o que tenho certo é o outro lado, quando Deus quiser, calhou-me a mim, ... ().” (E1).

“Vamos lá penando até que Deus queira, tem que ser assim, ..., (...), não há nada a fazer, que é que a gente vai fazer? Temos que ir, ... (), temos que ir aceitando aquilo que há, não há mais nada, ..., (...) ” (E1).

Torna-se imprescindível que a pessoa aceite o sofrimento, ou seja, compreenda a situação de sofrimento que está a vivenciar, perceba quais os aspetos que se encontram fora do seu controlo e compreenda que mantendo a sua dignidade e coragem pode modificar a forma como está e se sente dentro da situação que está a vivenciar. É possível encontrar um sentido no sofrimento, através de uma atitude construtiva que permita enfrentá-lo com maior serenidade e sabedoria e evitar que o mesmo seja destrutivo, pois “o que destrói o homem não é o sofrimento, é o sofrimento sem sentido” (Neto, 2004:30). Para alguns sujeitos do estudo, na situação de sofrimento há um espaço para a reflexão e conseqüentemente para a apreciação e valorização das pequenas coisas, que no dia-a-dia passam despercebidas:

“ (...) pergunto várias vezes: Porquê a mim? Para quê? Para a pergunta: “porquê a mim?” Não sei, não consigo encontrar uma resposta, mas quando me pergunto “para

quê?” sei que é para aprender, para aprender mais, para olhar o mundo de outra forma, (...) parar para refletir” (E3).

“No dia-a-dia eu não parava, nunca tinha tempo para mim, e agora, na minha situação de doença, tenho encontrado tempo para mim, é um tempo diferente, não foge como fugia antes, (...)” (E3).

Recordando (Lazure, 1994:16) “ (...) não é o tempo que passa depressa: nós é que andamos cada vez mais rapidamente. Se pensarmos que não temos tempo, enquanto o tempo é o mesmo para todos, isto quer dizer que, na realidade, nós não o aproveitamos. O tempo é neutro, nós é que o qualificamos, o colorimos.” Na situação de doença, apesar do tempo ser o mesmo, a pessoa doente consegue parar, refletir, apreciar e saborear o que está á sua volta, ou seja, dá mais valor aos momentos:

“ (...) olho de outra forma as coisas, olho para aquilo que não apreciava antes, como as folhas das árvores, os sons da natureza, as pessoas com deficiência, ..., quando percebo e percebo facilmente, alguém que tem cancro, que anda em tratamentos, apetece-me dar-lhe um sorriso, dizer que sei o que é isso, dar-lhe uma palavra de força, de ânimo, ..., é assim que eu sinto.” (E3).

“ (...) aprecio outras coisas, as árvores, agora começa a queda das folhas, os passarinhos á tarde quando se começam a ajeitar nos ramos das árvores e que agora também vão começar a ir embora, quando chegar o frio, ..., é assim, mas antes também não apreciava estas coisas, agora tenho mais tempo, é um tempo diferente, aprecio mais as coisas.” (E5).

Podemos dizer que o sofrimento constitui um momento único, singular de confronto da pessoa consigo mesma e pode contribuir para o seu crescimento interior, pois parece haver um parar e refletir. Surge uma apreciação e valorização das pequenas coisas, que antes passavam despercebidas, e que tomam agora outra dimensão, ou seja, há um aumento da atenção e sensibilidade da pessoa doente relativamente aos momentos do dia-a-dia e aos que a rodeiam, o que pode contribuir para oferecer valor e sentido à sua vida. Alguns sujeitos do estudo referem que, na situação de sofrimento, encontraram um sentido positivo para a sua vida e a reflexão que emerge desse mesmo sofrimento contribuiu para o seu crescimento interior:

“Quando a gente é novos o tempo não chega para nada, é uma correria e nesta fase da vida temos tempo de sobra, ..., daí que se aprecia as coisas de outra maneira, é assim.” (E5).

“ (...) estes percalços na reta da vida, na vida que a gente tem, às vezes vêm-nos despertar, vêm-nos dizer assim: há outros, há mais valores, há isto, há aquilo, que é para a gente ter um bocadinho de atenção, porque a vida, a vida se a gente a vive continuamente sem parar acabamos por não lhe dar o devido valor (...) ” (E9).

“ (...) às vezes há frases, há momentos, pronto, há tanta coisa que às vezes a gente descobre que se não fosse aquele parar, aquela falta de saúde que a gente teve acabamos por não saber que de facto existe o outro lado, o lado bom, da família (-- (...)) ” (E9).

“ (...) adoro, adoro os laços familiares, para mim são, ..., (-- sempre, sempre os preservei, mas agora com esta situação descobri de facto que há laços muito fortes, (...)) ” (E9).

Torna-se necessário aprender a integrar o sofrimento, para que o mesmo possa ser visto como forma de reajustamento, amadurecimento e conseqüentemente crescimento interior, capacitando a pessoa doente na busca de novos sentidos para a vida. O sofrimento remete para a condição humana, assim explica (Pangrazzi, 2008:110), “como uma árvore permanece ligada à terra através das raízes que nos recordam a sua origem e pertença, e cresce à medida que se expande para a luz, assim também o homem é chamado a reconciliar-se com a fragilidade da sua natureza e a orientar-se para o Céu pela sua realização mais profunda”. Quando a pessoa consegue aceitar o seu sofrimento, dá sentido ao mesmo e fica com a certeza de que este sofrimento tem uma razão de ser, pelo que deixa de atormentar. Quando o sofrimento é aceite pela pessoa doente, a pessoa rende-se ao mesmo “se estivermos rendidos, abrimo-nos. Se nos abirmos, enternecemos-nos. E é tão bom e tão raro que isso aconteça que nos sentimos inundados por uma imensa gratidão (...)” (Paldron, 2004b:100). Acrescenta a mesma autora que “ (...) o enternecimento que sentimos transborda para tudo e todos. Sentimo-nos tão ricos, tão maravilhados e tão gratos que queremos fazer algo pelos outros”. Neste sentido, “a felicidade que enviamos aos outros recai automaticamente sobre nós, dando-nos uma paz e uma serenidade jamais alcançadas se continuássemos a rejeitar a adversidade e a lutar contra ela” (Paldron, 2004a:164). Mesmo na situação de doente, é possível ser amável e sorrir, é possível amar. Desta forma a pessoa pode transcender o sofrimento, sem que ele desapareça, o sofrimento passa a ser apenas um dos elementos da sua situação deixando de ocupar todo o espaço do seu ser. No entanto, o homem continuará a procurar o sentido da dor e do sofrimento, fá-

lo-á usando a sua perspectiva, a sua história e a sua dor. Assim menciona (Pangrazzi, 2008:110), “e quanto mais procurar aproximar-se da meta, mais deverá reconciliar-se com o mistério escondido”, como o lembrava uma imagem sugestiva de (Tagore, 1982:87), “a onda não consegue agarrar a flor que flutua; quando tenta alcançá-la, afasta-a”. Na verdade, todos os esforços na procura do sentido da dor e do sofrimento “são comparáveis à onda que procura agarrar a flor que flutua, sem poder alcançá-la.” (Pangrazzi, 2008:110). Mas perante o sofrimento é possível “a convergência entre pensamento (no sentido de o interpretar), ação (na luta contra as suas causas) e uma transformação ou purificação espiritual de sentimentos (...)” (Vieira, 2003:161). A “sabedoria do tempo” não é espontânea, mas adquirida, e não está intimamente ligada à idade avançada, pois “o olhar grave e, às vezes, sereno de jovens doentes do foro oncológico faz-nos perceber que o seu mundo interior adquiriu uma maturidade existencial que, eventualmente, poucos adultos manifestam” (Renaud, 2006a:3).

A análise da angústia decorrente da proximidade da morte deu-nos a conhecer, que perante a facticidade em que a pessoa com dor crónica do foro oncológico se encontra, a procura do sentido da vida/morte está sempre presente, conduzindo a que as questões sobre o mesmo sejam uma constante na pessoa doente. Neste contexto é fundamental dar espaço ao doente para colocar as suas questões, as suas dúvidas, enfim, é necessário saber escutar, estar totalmente presente para compreender a pessoa doente na sua globalidade e conferir-lhe todo o apoio de que a mesma necessita. Verificámos também que a angústia decorrente da proximidade da morte envolve o processo de finitude, com o qual a pessoa com dor crónica do foro oncológico se confronta, pois são visíveis os sinais de um corpo doente, vivido no tempo e que é finito. Torna-se fundamental acompanhar a pessoa doente no processo de finitude, oferecer uma atenção individualizada e global, procurando o equilíbrio entre o corpo físico, o psicológico e o corpo espiritual. Na análise efetuada sobre a angústia decorrente da proximidade da morte, também verificámos que alguns destes doentes manifestam resignação perante a situação que vivenciam, outros apontam o medo, a tristeza e a revolta. Por fim, a angústia decorrente da proximidade da morte revela ainda a capacidade, da pessoa com dor crónica do foro oncológico, aceitar o sofrimento. A pessoa doente habitualmente tenta resistir ao sofrimento, acaba por desenvolver revolta, tristeza, desgaste emocional, deixando que o mesmo seja destrutivo. No entanto, alguns dos

participantes revelam a importância de aceitar o sofrimento, aceitar que o mesmo faz parte da vida e que é possível encontrar-lhe um sentido, enfrentá-lo com maior serenidade e sabedoria, através do esforço de um trabalho de busca interior capaz de modificar a forma como a pessoa está e se sente na situação de dor/doença. Este trabalho de busca interior traduz-se num processo de maturidade, crescimento, sabedoria e consequentemente de felicidade, pois confere à pessoa doente a capacidade de saborear, apreciar, estar mais atento aos outros e dar a cada coisa o seu valor, isto é, valorizar as pequenas coisas do dia-a-dia e que anteriormente, na rotina diária, passavam despercebidas. Podemos dizer que, o sofrimento é vivido de forma única por cada pessoa. Quando a pessoa doente consegue integrar o sofrimento, o mesmo pode constituir um fator de reajustamento e de busca de um novo sentido para a vida.

4.4- A TRANSCENDÊNCIA, NA EXPERIÊNCIA DA PESSOA COM DOR CRÓNICA DO FORO ONCOLÓGICO

*“Olhamos o futuro fortificados apenas com as lições que aprendemos do passado. É hoje que devemos criar o mundo do futuro...
Num sentido muito real, o amanhã é hoje.”*

Eleanor Roosevelt (1945)

Sendo o sofrimento pessoal e constituindo um momento ímpar de confronto da pessoa consigo mesma, o mesmo deve ser tido em conta sob a perspetiva positiva, pois pode dar sentido á vida. A procura de sentido para o sofrimento, “juntamente com a fé - a crença num poder superior transcendente, não necessariamente Deus -, serão os elementos-chave na base da definição de espiritualidade.” (Neto, 2004:30). Acrescenta a mesma autora, que a espiritualidade “pode ser entendida como aquilo que nos permite, enquanto seres humanos, experimentar a transcendência da vida, aquilo que está para além de nós.”. Salienta ainda que, “minorar o sofrimento humano na doença terminal, promover a dignidade e combater o desespero passa por fomentar a espiritualidade, naquilo que de mais sublime e intrínseco define a condição humana.” (Neto, 2004:31).

A partir do agrupamento das unidades de significado para o tema 4- A transcendência, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico (Anexo E), foi possível identificar quatro subtemas, como nos mostra o Quadro 5:

Quadro 5 - A transcendência, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico

Tema	Subtemas
A transcendência, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico	<ul style="list-style-type: none"> - Esperança e Força interior - Fé - Formação de grupo de auto ajuda - Relacionamento social

4.4.1- Esperança e Força Interior

No estudo efetuado por (Silva e Merighi, 2006:257), verifica-se que o doente,

“quando demora a processar a sua cura interna, permanece na decadência que diz respeito à sua própria desorganização interna de ser, criando barreiras para compreender o que está acontecendo consigo e velando as possibilidades para recriar o seu mundo. Consegue transcender a sua situação imediata, pois o seu existir não compreende somente o que é e está experienciando em dado instante, mas as múltiplas possibilidades para as quais a sua existência se encontra aberta.”

O estudo realizado por (Benzein, Norbert e Saveman, 2001), com o objetivo de conhecer o significado das experiências de esperança nos doentes com doença oncológica, verificaram que viver com uma doença incurável não implica viver sem esperança, pelo que existem quatro dimensões da experiência de esperança: esperança de alcançar a cura, esperança de ter uma vida normal, presença de relacionamentos estáveis e aceitação da morte. Demonstrou-se, ainda, que a forma como a esperança é vivenciada é multidimensional e dinâmica, visto que se uma dimensão é alterada, as outras podem ser afetadas. Também (Herth,1993), no estudo que realizou, verificou que os participantes para aumentar a esperança utilizam a sua força interior e capacidade espiritual, como uma rede de estratégias que interligadas constituem o processo da esperança, sendo esta descrita como essa força interior e um espírito indomável. De acordo com (O'Connor,1996), um dos

atributos do processo da esperança envolve a existência de uma força interior, sendo esta a característica essencial para que a esperança ocorra, pois não existe esperança sem que exista uma força interior. Podemos dizer que a esperança pode ser “a faísca que move o homem na direção de procurar ajuda, que é algo que não pode ser tocado ou visto, mas que tem o poder de nos suportar através de alguns dos momentos mais difíceis da vida.” (Moore, 2005:103). O estudo efetuado por (Querido, 2005:15) revela que “à esperança é atribuído um poder terapêutico: sendo mais forte que o otimismo, é um mecanismo de “coping” importante, que influencia o bem-estar físico, emocional e espiritual.” Ainda (Pipe et al, 2008) mostram no seu estudo que a esperança, o bem-estar espiritual e a qualidade de vida estão correlacionados positiva e significativamente. Os cuidados de enfermagem influenciam a qualidade de vida, o tempo de internamento e a capacidade destes doentes para desempenhar atividades. Ressalta a importância da escuta, presença e encorajamento. Neste sentido torna-se imprescindível que os enfermeiros demonstrem disponibilidade interior, ofereçam capacidade de escuta, para que possam compreender as necessidades dos seus doentes, ajudando-os a definir objetivos concretos e a alcançar os mesmos, de forma a manter e a apoiar a sua esperança. De acordo com (Twycross, 2003:33) “a esperança tem de possuir um objetivo. (...) Por vezes, é necessário transformar um objetivo final (provavelmente irrealista) numa série de mini- objetivos (mais realistas).” No caso dos sujeitos do nosso estudo, a possibilidade de ver o futuro dos sobrinhos, dos filhos e dos netos poderá ser considerado o objetivo final, perspetivando nalgumas situações a cura da doença:

“ (...) luto todos os dias porque tenho que ter força, tenho que lutar para continuar a viver, ..., não quero morrer ainda, ...(--), eu não tenho filhos, mas tenho cinco sobrinhos e gostava muito de ver o futuro deles, os filhos que irão ter, gostava de acompanhar por mais tempo a vida deles, agarro-me a isso, é a minha força, ...(--), (...)” (E3).

“Agarrei-me á vida e acho que ainda tenho idade de pelo menos criar os meus filhos mais novos, pelo menos ele, ele é o mais novo e o mais amoroso, elas são mais frias e a do meio então, (...) é a mais independente, (...) ” (E4).

“ (...) ninguém devia de morrer sem deixar os filhos encaminhados porque sofrem muito, a minha mãe matou-se e os meus irmãos ainda eram pequenos, (...) eu como mais velha é que praticamente os tive de acabar de criar (...) eu agarro-me a isso, tenho que deixar os meus filhos criados (--).” (E4).

“ (...) tento é reagir, porque tenho cinco netos e gostava de os ver orientados, (...). gostava de ver o futuro deles, a vida que irão ter (--), é por isso que tento reagir (...)” (E5).

“ (...) tenho outros momentos em que vou buscar a minha filha, o meu neto, ..., ” (E7).

“ (...) antes a gente pensava, a pessoa tem cancro vai morrer e agora já não se pensa assim, morre muita gente com cancro, mas ainda há muita gente que vive anos e anos e é a isso que a gente se vai agarrando, á vida (--).” (E4).

“ tenho esperança, porque penso que já não se morre assim tanto de cancro de mama, (...), 90% têm hipótese de cá ficar, (...) tenho esperança que vou conseguir (...)” (E10).

Quando a cura não é possível, a esperança assume uma importância fundamental na forma como os doentes vivem a sua vida. O estudo efetuado por (Lohne e Severinsson, 2005), revela que a experiência do sofrimento cria esperança e ansiedade, sendo a esperança encarada como uma possível saída do ciclo do sofrimento e experienciada como um conforto. Devem, pois, os enfermeiros escutar o sofrimento e a ansiedade individual e proporcionar conforto, através do incentivo de possíveis caminhos de esperança. Desta forma “ (...) o estabelecimento de objetivos realistas com o doente, constitui uma das formas de restaurar e manter a esperança” (Twycross, 2003:33). No entanto, o que no ponto de vista dos profissionais pode ser considerado esperanças irrealistas, ou seja, objetivos a longo prazo pode não sê-lo na perspetiva da pessoa doente, pois o enfermeiro não deve projetar no doente as suas próprias esperanças. De acordo com (Yates, 1993) e (Flemming, 1997), apoiar a esperança da pessoa doente é de extrema importância, apesar desta, algumas vezes, se tornar irreal aos olhos dos outros. Torna-se fundamental manter e apoiar a esperança do doente, ajudando o mesmo a concretizar as suas metas. Alguns dos entrevistados do nosso estudo, traçam objetivos realistas, que não envolvem um objetivo final como a cura da doença, mas sim a esperança e a confiança que os próprios depositam nos tratamentos de Quimioterapia e no término dos mesmos:

“ (...) mas também não desanimo com a situação, porque estou esperançado que chego ao fim da quimioterapia e a coisa começa a melhorar e eu começo a fazer uma vida mais normal, (...)” (E8).

“ (...) confiança nos médicos, dou-lhe total confiança para fazerem de mim o que quiserem, pronto eles é que sabem, ..., (...) temos de confiar naquilo que eles nos dão, (...)” (E9).

“ (...) tenho outras duas cunhadas que passaram por tudo isto e estão cá, já há dez anos, (...) tem corrido tudo bem, a irmã do meu marido já fez reconstrução da mama.” (E10).

Nesta trajetória convivendo com a doença oncológica, no nosso estudo, assim como no estudo efetuado por (Silva e Merighi, 2006:257), verifica-se que a pessoa doente “tem a possibilidade de voltar-se para si mesmo como ser possível em sua propriedade e alcançar o seu poder-ser e a responsabilidade do seu ser lançado-no-mundo. O doente assume-se como ser que se empenha para tratar de sua doença assumindo a terapia como parte intrínseca do seu processo para poder transcender”. Também (Herth, 1993) no seu estudo verificou que a esperança funciona como uma maneira de sentir e pensar, representando a forma como nos comportamos connosco e com os outros. Podemos dizer que a esperança traduz uma força interior e dinâmica, capaz de transcender o aqui e agora. Alguns dos nossos entrevistados verbalizam a importância da força interior e do pensamento positivo no seu dia-a-dia:

“ (...), agora o tempo é que manda, ..., tenho força de vontade, ...” (E2).

“ (...) tenho o apoio do meu companheiro, da minha família, (...), mas a maior força vem de nós mesmos.” (E3).

“Eu procuro ter um pensamento positivo, escrevo várias folhas com a frase “Estou curada” e espalho pela casa, por exemplo no espelho do meu quarto. Tenho também na casa da minha mãe, é uma forma de ir interiorizando, de pôr na cabeça o que desejo realmente, porque tudo se passa na nossa cabeça.” (E3).

“ (...) está tudo na nossa cabeça, daí que pensar positivo ajuda o nosso dia-a-dia a ser mais positivo, não só com a doença mas também com outras coisas do dia-a-dia.” (E3).

“ (...) eu também preciso de fazer as coisas em casa, porque a gente não se pode deixar morrer, (...).” (E4).

“ (...) vai-se para a frente, porque tem que se encarar assim, se não encarar assim a pessoa acaba por esmorecer e morrer a pouco e pouco, ...” (E4).

A esperança continua a ser percebida como uma força interior, capaz de impulsionar o pensamento positivo e ajudar a vencer as novas etapas:

“No dia em que disse ao meu marido o que se passava comigo tentei logo animá-lo, disse-lhe que se não fosse isto seria outra coisa, até podia ir á rua ter um acidente e morrer, portanto eu não estou morta, eu ainda vivo (--), (...).” E6.

“ (...) tenho feito esforços para que de facto tudo corra bem, pessimista não sou, sou otimista por natureza, sempre fui ao longo da vida e agora esta é mais uma etapa que eu espero vencer. É isso precisamente a força que me dá.” (E9).

“ (...) às vezes havia nuvens e não sei quem, mas eu dizia: bem, amanhã é outro dia, vamos com calma que as coisas andem compor-se e compuseram-se, compuseram-se sempre, sempre, (...) ” (E9).

“ ..., não vale a pena matutar naquilo que já passou, a gente passa mal, a gente tem que matutar é naquilo que pode adquirir para nos fazer bem (...)” (E9).

“ (...) vou tentando fazer as coisas em casa devagarinho, (...) também não quero parar, ..., (...)” (E10).

“ (...) agora tenho estado muito positiva, portanto não quero baixar, quero ultrapassar isto, ..., (...)” (E10).

Na pessoa com dor crónica do foro oncológico a esperança permanece sempre e centra-se na possibilidade de conseguir ultrapassar a situação presente. No fundo ultrapassar mais uma etapa, assim como outras dificuldades e adversidades da vida que foram vencidas. Através do estudo de (Mattioli, Repinski e Chappy, 2008), verifica-se que a esperança ajuda globalmente a saúde e o bem-estar. Também o apoio da família, amigos e prestadores de cuidados de saúde, é importante para os participantes durante o processo de doença e tratamento. Na situação de doença oncológica a esperança dos doentes “tende a focar-se mais no “ser” do que no conquistar; nas relações com os outros; na relação com Deus ou com um ente superior” (Twycross, 2003:34). Há pessoas que confrontadas com o final da vida ou situações de muito sofrimento se deixam ir, se entregam, se abandonam ao seu destino. Elas trilham um caminho onde se confrontam simultaneamente, com a lucidez e a esperança, e com a aceitação da morte e da vida. No fundo, trata-se de tomar consciência da sua finitude frente à vida, só que com uma maior acuidade:

“ (...) temos que ir aceitando aquilo que há, não há mais nada, ...() (...) e quando a gente anda fazendo estes tratamentos e tem esperança de se curar, mas, ..., não vale a pena a gente pôr isso no sentido, eu pelo menos não ponho, (...) (E1).

“ (...) o que penso é ir vivendo assim até que Deus me leve, (...) penso ir fazendo estes tratamentos até que aguente e em não os aguentando deixá-los de fazer até que se acabe, (...) é assim, a vida, temos que a ir levando como Deus a destina, (...)” (E1).

Na situação da pessoa com dor crónica do foro oncológico, a esperança significa, na maioria dos casos, o desejo da possibilidade de cura e da recuperação da vida anterior. “Mas a esperança apresenta-se confusa e ambígua à medida que os tratamentos falham e a doença avança, e sentimo-nos divididos entre a necessidade de manter a esperança e lutar com todos os meios possíveis pela nossa sobrevivência, e o medo (igualmente poderoso e profundo) de que a realidade nos volte a defraudar.” (Benito, Barbero e Payás, 2008: 154). Os doentes antecipam quotidianamente o medo dos tratamentos falharem e de tudo (de todo o processo) ter de recomeçar:

“ (...) quando soube que os primeiros tratamentos não resultaram foi outro choque, é como se me tivessem dito que eu tinha outro e agora tenho medo de ter de passar por tudo ou través, é assim, ...()(...)” (E7).

“ (...) tenho outros momentos que estou sempre a pensar nisto e tenho medo deste segundo tratamento não resultar, de voltar tudo ao início ...().” (E7).

É possível manter a esperança da pessoa com dor crónica do foro oncológico, desde que os cuidados e o bem-estar se mantenham satisfatórios. Há que manter a esperança do doente, sem maximizá-la, nem minimizá-la, apenas ajudar o doente a concretizar os seus objetivos e deixá-lo traçar novas metas, pois à medida que a situação de doença avança, que as suas limitações progridem é o próprio doente que limita as suas esperanças, os seus objetivos. Podemos assim dizer que a esperança do doente mantém-se sempre, mas transforma-se em função das suas limitações e da progressão da doença, ou seja “a esperança deixa de significar o desejo de algo distinto e adapta-se às possibilidades reais. Então, ter esperança pode significar confiar em que algo bom vá ocorrer no futuro, (...)” (Benito, Barbero e Payás, 2008: 155). Os doentes entrevistados mantêm sempre esperança:

“ (...) depois estamos sempre naquela esperança, ..., das coisas melhorarem um pouco, quando a cabeça está um bocadinho mais fresca pensamos um bocadinho para o lado do bem, nos dias de mais aborrecimento, pensamos é só no abalar, ...(), para o outro lado, ... e é assim, ..., é a minha vida, é assim, ...(). (...)” (E1).

(Kubler-Ross, 1994:152) salienta que “ouvindo os nossos doentes (...), o que sempre nos impressionou foi que até mesmo os mais conformados, os mais realistas, deixavam aberta a possibilidade de alguma cura, de que fosse descoberto um novo produto, (...)”. Coloca-se a questão, “se podemos esperar algo bom no futuro quando não há possibilidade de cura. A

resposta é sim. Há esperança e a há a distintos níveis” (Benito, Barbero e Payás, 2008: 155). De acordo com os mesmos autores,

“ Podemos esperar ser tidos em conta como pessoas (...). Podemos esperar que o tempo que nos resta possa estar cheio de sentido e afeto, que seja um tempo em que nos possamos sentir acompanhados, amados e respeitados, e em que possamos também expressar amor, gratidão, amabilidade. Esperamos saber perdoar e sentirmo-nos perdoados. Esperamos poder significar algo para os outros. Esperamos que a nossa vida tenha contribuído em algo para os outros e que tenha um sentido”.

Podemos dizer que “quando pouco já há a esperar, continua a ser realista ter esperança numa morte serena” (Twycross, 2003:34). No estudo realizado, (Herth, 1990), verificou que a esperança foi entendida como uma força interior, que se direciona para uma nova consciência, crescimento e enriquecimento do ser, pois “podemos mudar a esperança de viver mas pela esperança de viver de uma forma mais valiosa” (Benito, Barbero e Payás, 2008: 156). Podemos assim reforçar, que apesar do sofrimento ou através dele é possível crescer pessoal e espiritualmente.

4.4.2- Fé

A fé pode manifestar-se de várias maneiras e pode estar relacionada com questões emocionais, por exemplo em momentos de aflição, em que o doente não vê melhoras na sua doença, nestas situações a fé é concebida como conforto, como uma fonte de apoio, relacionando-se com a esperança. A fé pode também estar relacionada com motivos considerados moralmente nobres ou estritamente pessoais e pode ainda ser justificada por alguma razão específica, mas também pode existir sem uma razão definida. (Querido, 2005:111) refere que a esperança “é o estado de espírito que acompanha a fé, sem o qual a fé não poderia ser sustentada”. A fé pode ser entendida como a aceitação de algo, sem provas objetivas, por exemplo, Deus. No nosso estudo alguns dos entrevistados salientam nos seus depoimentos a ligação entre a fé com o transcendente ou o divino:

“ (...) vou á igreja e peço muito a Deus, talvez seja a minha maneira de pensar, tenho muita fé e então enquanto cá estiver vou vivendo um dia de cada vez, ..., (...)” (E6).

“Vou á missa também, o Sr. Padre já também deu uma missa por mim, para as minhas melhoras.” (E6).

“Tenho fé com Nossa Senhora de Fátima, estou sempre a pedir: “ Nossa Sr.^a de Fátima ajude-me”, ” (E7).

“Deus está em todo o lado e existe (...) e a gente tem que ter fé (...), ..., (--) ” (E9).

No estudo efetuado por (Querido, 2005:110) verifica-se que “os participantes do estudo percecionam a fé ligada à esperança, presente na sua vivência diária, que faz acreditar em algo positivo, baseada numa crença transcendental” Assim acontece com os sujeitos do nosso estudo:

“ (...) estou cá até que Deus queira, só parto quando ele quiser. Tenho muita fé, sou crente, acredito que Deus pode ajudar-me a ultrapassar tudo isto ou a acompanhar-me até ao fim, conforme ele quiser. Já falei com Deus, um dia fui á beira de um rio, sentei-me, olhei os céus e disse:

- Deus aceito o que tiveres para mim, ..., mas ainda é cedo para eu partir.” (E3).

“Acompanhei muitos doentes na sua partida e verifiquei que os que não acreditavam em Deus, que não tinham qualquer crença, tinham uma morte em aflição e os que rezavam, os que se entregavam á ajuda de Deus tinham uma morte muito mais serena e tranquila.” (E3).

Acreditar e partilhar com Deus, para alguns sujeitos do estudo, permite dar sentido à vida e é também uma forma de não se sentirem sós. Também no estudo de (Querido, 2005: 124), os participantes do mesmo “afirmam a relação com Deus no sentido de manutenção da esperança.”. Assim continuam a referir os entrevistados do nosso estudo:

“Eu sou uma pessoa de fé, a minha fé é que me vai orientando, tenho fé que chegue ao fim do tratamento e que fique bastante melhor, não sei se isto dá para limpar totalmente, mas que passe a fazer a minha vida normal como fazia até aqui, (...) ” (E8).

“ (...) já antes era, ..., já antes era, agora agarrei-me cada vez mais, agora com a minha doença, (...), já antes era uma pessoa de fé, porque aconteceram-me coisas na vida que de facto, ..., (--) a fé é que ajudou, (...) com a fé superei isso tudo e graças a Deus (...) ” (E9)

“ (...) quando se me fechava uma porta, Deus abria-me sempre uma janela, duas, três, havia sempre uma resposta, sempre, ..., ” (E9).

“ Eu ponho tudo na mão de Deus (...) ” (E9).

Para muitos doentes a existência do mal e o acreditar em Deus é contraditório. Perante o sofrimento Deus é posto em causa: “Porque é que Deus me fez isto?” “Porque é que Deus permitiu isto?” Estas questões representam a perceção de injustiças sofridas e o sentimento

resultante de expectativas frustradas. De uma forma geral a pessoa não está à espera de uma fatalidade, como seja uma doença grave ou a morte imprevista e habitualmente tem a percepção de que só acontece aos outros. Mas quando o sofrimento toca a pessoa e quando o experiencia, fica perturbada e reage com revolta, com recusa, com protesto. Considera-se injustiçada e não se considera merecedora do que lhe está a acontecer:

“Não tenho fé nos santos, acho-me muito nova para todo este sofrimento, (...)” (E4).

“Fé não tenho, a fé cristã não, por tudo o que me tem acontecido, acho que estou esquecida por Deus e pelos Santos, (...)” (E10).

Se a ação de Deus correspondesse ao comportamento, às atitudes e ações das pessoas, então “a fé seria uma garantia contra as desgraças e uma proteção contra as desventuras. Este tipo de fé é a mais vulnerável possível e não ajuda a enfrentar o que, mais tarde ou mais cedo, será o nosso destino” (Pangrazzi, 2008:35). O mesmo autor salienta, “pretender que a fidelidade a Deus proteja do sofrimento é uma utopia, não aconteceu com Job nem com Jesus nem com nenhum dos seus discípulos e não acontecerá connosco.” Apesar do sofrimento é possível acreditar em algo transcendente, percebendo que as razões que levam a esse acreditar não estão relacionadas com a necessidade, que a pessoa sente, em explicar o porquê do seu sofrimento. O sofrimento necessita de tempo para alcançar uma perspetiva diferente e promover a esperança e o crescimento espiritual.

4.4.3- Formação de grupo de auto ajuda

As pessoas que passam ou passaram pela mesma situação/problema organizam-se em pequenos grupos, designados de auto ajuda, com o objetivo de trocar informações e encontrar soluções pela partilha de experiências. O trabalho com grupos de encontro é considerado por (Soares, 2010), um instrumento privilegiado para a saúde, educação, gestão e para a resolução de conflitos, mas também para o desenvolvimento pessoal. Nos grupos que partilham a mesma experiência emerge um clima de confiança, que tende a facilitar e a encorajar a expressão de sentimentos por parte dos elementos do grupo. Nem sempre se consegue prever o modo como o grupo se vai desenvolver, no entanto, o percurso que segue é autorregulador e auto dirigente, de forma a ligar todos os elementos do grupo e atingir um objetivo terapêutico. (Soares, 2010). O grupo é o lugar para o encontro pessoal e para o relacionamento com a sociedade:

“ (...) tenho um grupo de colegas de Évora, um grupinho assim de pessoas mais novas, entre os 40 e 50 anos, que se juntámos na altura em que lá estive a fazer a Radioterapia (...) ” (E4).

“Fizemos lá um grupinho de amigas, (...), porque éramos de muito longe e então tivemos de ficar lá, e agora ficámos a falar umas com as outras através do telefone (...) ” (E4).

“ (...) o tempo que estive em Évora para fazer radioterapia (...) fizemos um grupinho espetacular, que nunca mais deixámos de comunicar (...) ” (E10).

Como referem (Fadiman e Frager, 1986), quando o envolvimento afetivo é abrangido as pessoas expressam, com facilidade, umas às outras os seus sentimentos imediatos, tanto positivos quanto negativos. (Soares, 2010), salienta que o ser humano é e converte-se em pessoa dentro dos grupos, ou seja, dentro das relações interpessoais, pois o grupo é o espaço adequado para a pessoa se encontrar consigo própria. Podemos dizer que o grupo permite a expressão de emoções por parte dos seus elementos, contribuindo para o desenvolvimento da capacidade terapêutica do grupo, pois a partilha de experiências, preocupações e medos com outras pessoas, que também têm cancro, traduz-se no conhecimento da pessoa sentir que não está sozinha e que existem outras pessoas com o mesmo problema. De acordo com (Flemming, 1997), as pessoas com doença oncológica, ao manterem a esperança e o desejo de continuar a viver, são influenciadas positivamente por outras, sobretudo se forem também doentes com cancro, apoiando-se mutuamente. Esta partilha e este conhecimento, de que não se está só, origina uma força interior para continuar a acreditar na vida:

“ (...) vamos sabendo de como cada uma está, umas dizem “já comecei a trabalhar não é como era, mas já vou fazendo alguma coisa”, outras dizem “hoje dói-me aqui, ...”, isto também me ajuda a não me sentir sozinha (...) ” (E4).

“ (...) isto também me ajuda (...) a continuar a minha caminhada, a ter força, ajudamos umas às outras (--). ” (E4).

“ (...) as pessoas, tal como eu, foram encarando, vivendo, agarrando a vida. ” (E4).

“ (...) não me custou estar em Évora como eu pensei que me ia custar, não estive sozinha, tinha ao meu lado pessoas com o mesmo problema e partilhámos e continuamos a partilhar as experiências, o que acaba por aliviar o nosso sofrimento. ” (E10).

“Agora até vamos marcar um almoço, para se juntarmos todas outra vez (--). ” (E4).

As mulheres com cancro da mama reúnem-se, muitas vezes, em grupos de apoio, onde podem partilhar o que aprenderam acerca de como lidar com a doença e com os efeitos dos tratamentos. Sem se darem conta, os elementos do grupo têm atitudes que se tornam facilitadoras para os outros, na capacidade de lidar e enfrentar a sua situação. (Querido, 2005:169), referindo-se a (Poncar, 1994), acrescenta que o trabalho em grupo, de pessoas que se compreendam e que partilham das mesmas experiências “pode ser mutuamente benéfico para as pessoas doentes em questão: as pessoas esperanças com a mesma doença podem servir como recursos e como modelos no sentido de aumentar a esperança.” O contacto com pessoas que experienciam a mesma situação de doença pode contribuir para minimizar o próprio sofrimento, tal como se verifica no estudo de (Querido, 2005:178), em que os participantes valorizam “ o não estar só na doença, como um aspeto importante para o aumento da esperança, parecendo reconhecer uma importância suplementar às relações estabelecidas com outras pessoas doentes.” Podemos também dizer que os elementos de um grupo que partilham a mesma experiência tornam-se mais atentos à existência de outros grupos com o mesmo problema, pois a tomada de conhecimento de situações semelhantes e a partilha de situações ajudam a diluir o sofrimento e a fortalecer a pessoa doente:

“Já se vê na televisão muitas vezes aparecem aqueles grupinhos (...), a gente fica contente, porque nos diz respeito e porque há outras pessoas com o mesmo problema que nós.” (E4).

“Agora mais do que nunca quando há alguma reportagem sobre isso vou logo ver, pessoas que tiraram peitos e fazem passagens de modelos (...) e qualquer outra pessoa fica contente, orgulhosa daquela fazer, (...) ” (E4).

Várias organizações e associações têm programas especiais para vários tipos de cancro. Estes programas dispõem, nomeadamente, de voluntários treinados que já tiveram cancro e que podem falar ou visitar doentes com o mesmo tipo de cancro, dar informação prática e, essencialmente, apoio emocional e mensagens de ânimo e de confiança: muitas vezes partilham a experiência do tratamento, da reabilitação, enfim, da sua luta e do recomeço de uma nova vida.

4.4.4- Relacionamento social

De acordo com (Phaneuf, 2005:228) a necessidade de apoio é “um mecanismo que leva a pessoa a gerir os seus conflitos voltando-se para os outros para pedir ajuda, o suporte e a compreensão”. Ao apoiar-se nos outros, a pessoa evidencia uma procura de recursos junto da família, de amigos e valoriza a sua opinião como estímulo positivo no sentido de manutenção e reforço da esperança, fazendo esquecer a condição e papel de doente:

“ (...) saio um bocadinho, converso com esta, converso com aquela, vou um bocadinho ao café, estou ali um bocadinho de manhã e depois venho para casa e já posso estar o dia inteiro em casa que já não me faz diferença, ..., (...)” (E4).

“ (...) estar sempre sozinha em casa também não faz nada bem, conversar um bocadinho também ajuda a pessoa a desabafar, fica-se melhor, mais leve, (...)” (E4).

“ (...) depois de almoço é que habitualmente vou tomar café e converso um bocadinho com as vizinhas, oiço outras conversas, que me fazem esquecer a doença naquele bocadinho, ...() e depois vou novamente para casa para fazer o habitual.” (E6).

Procurar apoio junto dos outros é um comportamento que evidencia algum altruísmo, entendido como “um mecanismo que conduz a pessoa a gerir ou a esquecer os seus conflitos, as suas dificuldades ou as emoções desagradáveis voltando-se para a satisfação das necessidades dos outros” (Phaneuf, 2005:228). O estudo efetuado por (Querido, 2005:168) verifica que “apoioando-se nos outros é uma estratégia que os participantes utilizam no sentido de partilhar com outros as experiências difíceis e de interpretarem a realidade à luz do reforço fornecido por outros.” Para além de partilhar com os outros, alguns sujeitos do estudo também se referem à importância de saírem de casa mesmo sozinhos, pois ajuda-os a focalizar a sua atenção noutros estímulos que não a doença. Consideram a distração uma forma de minimizar o seu sofrimento, ainda que seja por momentos:

“ (...) é sair aquele bocadinho de manhã, depois já fico bem, é como se ganhasse energia para o dia, depois já não me faz diferença ficar em casa.” (E4).

“Continuo a sair, há hora do almoço vou beber a bica, se estão ali pessoas que eu conheço, converso um bocadinho com elas e outras vezes saio mesmo sozinha, é importante sair, faz bem, para não pensar só na doença, temos que dar a volta a estes pensamentos (...) (--).” (E6).

“ (...) também já comecei a caminhar, às vezes uma hora, com os meus cãesinhos atrás, lá passeio pelo campo, ...” (E10).

“ (...) fico mais em casa, mas continuo a sair, até me anima, não me isolo, fiquei mais fechada quando perdi a minha filha do que agora, mesmo por isso, agora não me quero fechar outra vez, porque sei que isso só me faz é mal.” (E10).

“ (...) temos um grupo em que fazemos todos os meses uma caminhada grande, depois fazemos um convívio, (...) o almoço. Tenho ido sempre, a caminhada não a faço porque não posso, (...), mas vou ao convívio, essa parte temos ido sempre.” (E8).

“Há outro grupo, mas aí é só de homens, onde costumo ir aos almoços, (...)” (E8).

A ocupação permite ao doente não se focar na situação de doença, pois “fazendo coisas parece ser uma estratégia utilizada para viver os dias de forma preenchida, desviando a atenção da doença”, assim refere (Querido, 2005:175) no seu estudo. (Herth, 1990) reconhece que as pessoas doentes possuem uma espontaneidade para partilharem, umas com as outras, sobre si mesmas e também para se escutarem umas às outras. A partilha do sofrimento, preocupações e dos medos que estes doentes apresentam é sem dúvida muito benéfica, pois contribui para diminuir a tensão, diluir as preocupações e medos existentes e permite manter a esperança.

A transcendência na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico envolve a esperança e força interior. A esperança é sentida pelos sujeitos do estudo como uma força interior capaz de transcender e impulsionar o pensamento positivo, de forma a encarar a situação como mais uma etapa a ultrapassar, conduzindo a pessoa doente a uma nova consciência, crescimento pessoal e enriquecimento do ser. A esperança tem de possuir objetivos, que o doente vai definindo em função das suas limitações e possibilidades, no entanto, a esperança do doente mantêm-se sempre mas transforma-se, de acordo com as possibilidades reais do doente, o que implica a definição de objetivos concretos. Deve o enfermeiro escutar a esperança do doente, compreende-la, apoiá-la, sem a maximizar ou minimizar e sem projetar no doente as suas próprias esperanças. Desta forma, o enfermeiro deve colaborar com o doente na definição de objetivos realistas e ajudar o doente a concretizar os mesmos, a fim de restaurar e manter a esperança. A transcendência na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico envolve também a fé, sendo esta concebida como conforto, como uma fonte de apoio relacionando-se com a esperança. A fé

assenta numa crença com o transcendente ou o divino, tendo por base a partilha, o que permite diminuir a ansiedade, os medos e sustentar a esperança. Por outro lado, a fé que a pessoa doente deposita na partilha com o transcendente ou o divino, para além de contribuir para diminuir a ansiedade, ajuda a ganhar confiança, coragem, força, a acreditar e a desenvolver um pensamento positivo, permite ainda à pessoa doente sentir-se acompanhada. Através da análise da transcendência na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico, verificámos a importância da formação do grupo de auto ajuda, sendo que o mesmo permite à pessoa doente, a troca de informações e a partilha de experiências, preocupações e medos, com outras pessoas que estão a passar pela mesma situação. Desta forma, a formação do grupo de auto ajuda faz perceber à pessoa doente que não está sozinha na sua caminhada, minimizando o próprio sofrimento e aumentando a esperança, através do apoio e suporte mútuo. O relacionamento social destacou-se também na análise efetuada sobre a transcendência, pois o apoio dos outros permite à pessoa doente encontrar suporte e compreensão. O apoio da família e dos amigos facilita a partilha das experiências, o que permite diminuir a ansiedade, os medos e ajuda a manter e a reforçar a esperança. Também se verifica a importância que os entrevistados atribuem a todas as atividades de lazer fora do domicílio. Segundo os mesmos, ajuda-os a distrair e a não pensar na doença. O lazer permite ao doente focar a sua atenção noutros estímulos que não a doença, minimizando a dor e a ansiedade.

4.5- A AMBIGUIDADE DA SOLICITUDE, NA EXPERIÊNCIA DA PESSOA COM DOR CRÓNICA DO FORO ONCOLÓGICO

“Quando uma menina vê o seu irmãozinho sofrer, ela encontra quase sem sabê-lo o caminho para consolá-lo: procura afetosamente sua mão... a pequena torna-se o seu primeiro médico...entre ele e a sua dor entra a sensação de ser tocado pela mão da irmã, de forma que o sofrimento retrai-se frente a esta nova sensação...”

Victor Von Weizsacker (1926)

Segundo o pensamento Heideggeriano, a “presença” diante dos outros acontece nos modos possíveis da solicitude (preocupação) que se apresenta, na verbalização dos discursos,

numa existência com-o-outro. “O doente fora de possibilidade de cura, como ser-no-mundo, existe sempre relacionando-se com algo e com alguém e compreende as suas experiências, conferindo-lhes significados e dando sentido à sua existência” (Carvalho e Merighi, 2005:955).

A partir do agrupamento das unidades de significado para o tema 5- A ambiguidade da solicitude, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico (Anexo E), foi possível identificar três subtemas, como nos mostra o Quadro 6:

Quadro 6- A ambiguidade da solicitude, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico

Tema	Subtemas
A ambiguidade da solicitude, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico	<ul style="list-style-type: none"> - Perda de papéis dentro da família - Apoio da família - Presença dos profissionais de saúde

4.5.1- Perda de papéis dentro da família

A pessoa doente ao enfrentar a doença e os tratamentos que lhe são inerentes é sujeita a restrições nas suas atividades quotidianas, desenvolvendo limitações a vários níveis e, por vezes, sentimentos de incapacidade:

“Eu é que fazia os trabalhos da minha casa, quem fazia as minhas compras era eu, eu é que fazia as minhas coisas todas da minha casa, agora não posso, () ..., (...)” (E1).

“ (...) não posso fazer compras, não posso limpar a minha casa, não posso fazer uma limpeza como lavar um chão, limpar o pó, ir fazer essas coisas, () não tenho forças para isso, não sinto forças, (...)” (E1).

“ (...) () porque eu sou uma pessoa que andei sempre a trabalhar, saía do meu emprego, chegava a casa e podia estar até á meia noite a fazer tudo e mais alguma coisa de casa e

quando isto me aconteceu, foi como que um balde de água fria, porque deixei de poder fazer as minhas coisas, eu era uma pessoa que fazia tudo e tive que deixar de fazer (...)” (E6).

“ (...) estender uma roupa não consigo, mas o meu marido lá me ajuda (...)” (E6).

“ Eu era uma mulher muito ativa e gora estou parada, parada, parada, deitou-me muito abaixo isto, a dor, a doença, ... () Eu trabalhava a dias e agora não posso (), (...) deixei de fazer as coisas de casa, deixei de fazer a comida, as camas, tudo, deixei de fazer tudo, não podia varrer, nem lavar o chão, a minha filha é que tinha de fazer isso tudo, ..., () (...)” (E7).

A gestão da domesticidade é, na maioria das vezes, atribuída às mulheres. No nosso estudo verifica-se que as mulheres entrevistadas deixaram de efetuar as lides domésticas, perderam esse papel dentro da família, sendo o mesmo atribuído ao marido e filhos. A perda de papéis dentro da família conduz a uma reestruturação de papéis dentro da mesma e, por sua vez, a um sentimento de impotência, de incapacidade, tristeza e diminuição por parte destas mulheres:

“..., () tenho 44 anos e entristece-me pensar no que eu conseguia fazer e agora vejo-me sem poder fazer praticamente nada.” (E7).

“A minha filha e o meu marido também têm sofrido muito, alterou também as rotinas deles, para fazerem em casa o que eu deixei de fazer.” (E7).

“Trabalhava com o meu marido no campo, nunca mais, deixei de fazer quase tudo o que fazia antes, porque não posso mesmo esforçar o braço, não posso mesmo () (...)” (E10).

“ (...) a coisa que mais me custa é lavar o chão ou varrer porque faz-se muito esforço, faz-se uma força enorme no braço, normalmente é a filha ou o marido que fazem essas coisas, agora estou mais mimada, (...)” (E10).

Também (Silva e Merighi, 2006:257), no estudo que realizaram salientam que “comumente a mulher desempenha na família um papel de cuidadora de seus membros, no entanto, por ocasião do adoecimento, há um processo inverso e ela necessita adaptar-se a sua nova condição, pois, normalmente passa a ser cuidada.” A pessoa doente perde a capacidade de realizar as tarefas que anteriormente, no seu dia-a-dia, realizava sem esforço, sendo sobretudo a debilidade física que a conduz à não concretização das mesmas.

Habitualmente é a família que assume esse papel, substituindo o doente nas suas tarefas, no entanto, em algumas situações, os doentes sentem a diferença com que a família e os

amigos se dirigem a eles: uma atenção que não existia antes, uma preocupação maior, causando na pessoa doente a percepção de uma pessoa diferente das outras:

“ (...) ,..., não é como antes, as pessoas olham de forma diferente, parece que têm uma atenção diferente porque estamos doentes, apesar de eu saber que me querem ajudar, mas não é aquela coisa como dantes, sinto-me diferente.” (E2).

“ (...) a ajuda que a minha filha e o meu marido me dão nas coisas, nos trabalhos da casa, porque eu não os posso fazer, custa-me não os fazer, mas não consigo, (...) todos os dias me dão muita força, animam-me, dizem que estes tratamentos vão resultar, (...).(E7).

Às vezes sinto que me tratam de forma diferente do que antes de estar doente, sei que é com amor, mas há uma preocupação maior, é diferente.” (E7).

A atenção e a preocupação diferenciada manifestada pela família e pelos amigos para com os doentes é sentida pelos mesmos com amor e carinho, no entanto, fá-los sentir diferentes de outros, causando na pessoa doente uma ambiguidade de sentimentos. Os depoimentos dos sujeitos do estudo desvelam a solicitude (preocupação), manifestada por parte das famílias. Segundo (Heidegger,1989) a solicitude pode ser expressa de duas formas, uma das formas, aquela com que identificamos os sujeitos do nosso estudo, consiste em retirar o cuidado do outro e tomar-lhe o lugar nas ocupações, (estar junto-a), fazer tudo por ele, mimá-lo, manipulá-lo ainda que de forma sutil. A outra forma de solicitude consiste em que se pode devolver o cuidado ao ser cuidado como uma possibilidade existencial de ser, não lhe retirando o cuidado (ser-com), possibilitando ao outro assumir seus próprios caminhos, ainda que com o amparo desse alguém que lhe é solícito.

4.5.2- Apoio da família

A família é a base de sustentação do desenvolvimento do indivíduo a vários níveis, quer físico, psicológico, espiritual e social. “Da concepção ao nascimento através da infância e da adolescência, durante a idade adulta e na velhice, a família é uma força intermediária entre o indivíduo e a comunidade envolvente, continuando o ambiente social a ser a maior influência no desenvolvimento humano” (Pinto, 1991:236). A doença oncológica ao atingir a pessoa envolve todas as dimensões: física, psicológica, espiritual e social ou de relação com os outros nomeadamente a família. Quando um elemento da família enfrenta uma doença, que é sentida como uma ameaça ao funcionamento e satisfação das necessidades

do grupo, os elementos do grupo são sempre envolvidos, de uma forma ou de outra, de acordo com a dependência de cada um deles relativamente à pessoa doente e das obrigações desta para com os mesmos. Podemos dizer que, “o impacto da doença na família altera planos de futuro, os papéis e responsabilidades, bem como os padrões de interação familiar.” (Sapeta,1997:64). No nosso estudo verifica-se que a situação de doença dos entrevistados conduziu a alterações de papéis dentro das famílias, sendo notório a ajuda atribuída pelo cônjuge e filhos:

“ (...) estender uma roupa não consigo, mas o meu marido lá me ajuda (...)” (E6).

“ (...) a ajuda que a minha filha e o meu marido me dão nas coisas, nos trabalhos da casa, (...) ajudam-me, fazem o que há para fazer. Fazem as compras e todos os dias me dão muita força, animam-me, dizem que estes tratamentos vão resultar, (...) (E7).

“ (...) a coisa que mais me custa é lavar o chão ou varrer (...), normalmente é a filha ou o marido que fazem essas coisas, (...)” (E10).

“ A minha filha e o meu marido também têm sofrido muito, alterou também as rotinas deles, para fazerem em casa o que eu deixei de fazer (...) ” (E7).

A situação de doença implica vários ajustamentos da família a uma nova condição de vida. “A doença provoca um conjunto de mudanças e alterações quer nas rotinas, regras e rituais familiares, quer na redistribuição de papéis e no acréscimo de novas responsabilidades e competências” (Pereira e Lopes, 2002:72).

Um dos sujeitos do estudo admite ter também a ajuda do marido, filho e filha, ainda que a mesma seja efetuada com dificuldade, pela idade do cônjuge ser avançada e pela situação de pouca disponibilidade por parte dos filhos devido á sua vida laboral:

“ (...) tenho o meu marido, mas já tem uma certa idade, o meu filho tem o emprego dele, também me ajuda em muitas coisas, mas não pode ser em tudo, tenho uma filha que é viúva, também a ajuda que me pode dar é pouca, tem dois filhos, está empregada (...)” (E1).

(...) tenho o meu filho que ajuda o que pode, está empregado e o meu marido o que faz é ir fazer algumas compras, (...) ” (E1).

No estudo de (Querido, 2005:166), também os sujeitos do estudo apontam “ o apoio da família como um aspeto positivo, que sentiram durante o processo de vivência da doença e da quimioterapia, e que relacionam com uma ajuda no sentido de manter a esperança.”

Também no nosso estudo são reconhecidas as ações dos familiares que contribuíram para o bem-estar dos entrevistados:

“ (...) estando com as outras pessoas, às vezes ajuda, porque o estar sozinho em casa, também se pensa mais nisto, eu até tenho tido uma boa ajuda, a minha família tem-me ajudado muito sobre isto, ...” (E2).

“ (...) tenho o apoio do meu companheiro, da minha família, a maior força vem da família e sobretudo da minha mãe, ..., a minha mãe ajudou e ajuda-me muito, dá-me muita força, (...)” (E3).

“Tenho o apoio da minha família, do meu marido e da minha filha, tem sido muito importante sentir o apoio deles.” (E7).

“Eu sinto apoio da minha família, (...) a minha mulher, (...) as minhas filhas, que me dão muito apoio. A minha filha mais velha tem-me dado muito apoio, tem sido mais do que minha mãe, ela é que andou comigo para todo o lado, tem sido incansável.” (E8).

“ (...) tenho a família, esta rapariga que estava ali comigo é minha filha é das mais velhas, tenho um rapaz também e mais duas meninas e elas tem-me apoiado muito, a minha esposa também me apoia muito, pronto, graças a Deus tenho, ..., (...)” (E9).

Neste contexto, o estudo efetuado por (Flemming, 1997), demonstrou que a família constitui o fator mais importante capaz de modular a esperança e influenciar a mesma. Também (Sílvia e Merighi, 2006:257) verificaram, que os participantes do seu estudo “receberam apoio de familiares, amigos, profissionais e de outras pessoas significativas para enfrentarem a experiência da doença.” Os sujeitos do nosso estudo referem-se à perda de papéis dentro da família, devido à sua situação de doença, sendo os familiares que passam a realizar essas mesmas tarefas, causando-lhes sentimentos de impotência, tristeza e incapacidade. Verbalizam também sentir-se diferentes de outros, pela atenção e preocupação diferenciada manifestada pela família, no entanto, simultaneamente reconhecem, com amor e carinho, a importância do apoio dos seus familiares, causando, por vezes, uma certa ambiguidade de sentimentos. O apoio sentido pelos familiares é extremamente importante na manutenção da esperança dos doentes e sobretudo quando um dos elementos da família já passou pela mesma situação com sucesso. Também no estudo de (Querido, 2005:177), verifica-se que “ (...) a comparação com outras situações ultrapassadas com sucesso foram percebidas como promotoras da esperança dos

participantes”, pois todo o apoio oferecido pela pessoa que ultrapassou a mesma situação com sucesso é sempre mais direcionado às necessidades da pessoa doente:

“ (...) tenho outras duas cunhadas que passaram por tudo isto (...) a irmã do meu marido já fez reconstrução da mama. Esta minha cunhada ia ver-me todos os dias, deu-me muito apoio e foi muito importante sentir que tinha ali alguém amigo e que sabia o que eu estava a passar e a sentir, ela dizia: quando tiveres alguma dúvida ligas para a professora.” (E10).

“Apoiaram-me os meus irmãos, o meu marido, a minha filha, todos, (...) a minha irmã que mora aqui em Beja, vai todas as semanas, (...) á minha casa e os outros igual e a minha filha, então, ..., se ela pudesse ficava cá em todas as consultas e em todos os tratamentos, mas eu não quero, (...), tem-me apoiado bastante, ...” (E10).

“A minha filha teve sempre muita coragem, esteve sempre do meu lado, desde a cirurgia andou sempre comigo, ..., levámos sempre os pontapés juntas, sempre que vinha á consulta vinha sempre comigo e agora queria vir também, mas eu disse-lhe que não, porque hoje vinha só fazer os exames, (...) sempre mostrou ter muita coragem, e acreditou sempre na minha recuperação, ..., tem-me dado muita força, ...” (E10).

Referindo-se ao estudo efetuado por (Duggleby, 2000), diz-nos (Querido, 2005:166), que “é reconhecido o valor das relações interpessoais como fator que aumenta a esperança (...) e em que os participantes identificam os atores dessas relações como sendo família, amigos, e profissionais de saúde que lhes prestam cuidados físicos, rezam com eles e sorriem.” Um dos sujeitos do estudo neste sentido refere-se à família:

“ (...) eu adoro, adoro os laços familiares, para mim são, ..., (-- sempre, sempre os preservei, mas agora com esta situação descobri de facto que há laços muito fortes, é isso.” (E9).

Podemos dizer, que a situação de doença aumenta a sensibilidade da pessoa doente, tornando-a mais atenta e apreciadora dos pequenos gestos daqueles que a rodeiam e ao mesmo tempo, procura proteger os familiares do seu sofrimento. O estudo realizado por (Chini e Boemer, 2007:4) mostra-nos que “o doente vê na família um motivo para tentar ocultar a dor sofrida. Preservar o familiar do sofrimento vivenciado parece ser questão primordial. De certo modo, a preocupação com a família mostra-se como algo determinante para a tentativa de fazer perceber à família que está tudo bem e do contínuo esforço para não deixar transparecer a dor vivida.” O doente ao ver a sua família sofrer

“vê-se impedido de poder partilhar os seus medos e a sua angústia, isola-se (...).” (Pereira e Lopes, 2002:85). Da mesma forma, os sujeitos do nosso estudo procuram também poupar a família às preocupações relacionadas com a doença, preservando-os do seu sofrimento:

“ (...) mesmo o meu marido nem sempre sabe se eu estou com dores, não o quero preocupar, nunca choro na frente dele e choro sempre em silêncio.” (E6).

A minha filha (...) telefona todos os dias, mas eu nunca me queixo, digo sempre que estou bem e ela insiste em saber como estou, mas eu digo sempre que estou bem, eu vejo as coisas assim, eu tenho que dar mais força a eles do que eles a mim (--) ” (E6).

“ (...) na questão da família (...) às vezes quero esconder-lhes qualquer coisa, porque às vezes não lhes digo logo, (...) e eles ficam logo, porque o pai tem que dizer, ou a minha esposa, tens que dizer e eu digo-lhes: que às vezes estou á espera que isto passe, que é para não vos alertar, para vocês não ficarem logo, ..., pronto, ficam ainda mais apavorados que eu, (...) (E9).

Também o estudo realizado por (Querido, 2005:131) mostra que os participantes escondem emoções, sentimentos e sintomas e “apontam o esconder como uma estratégia utilizada face à adversidade da situação, como forma de evitar o sofrimento dos outros.” Acrescenta a mesma autora que os participantes do estudo “evidenciaram aspetos da comunicação sugestivos de omitirem informação à família, associado ao desejo de a protegerem do sofrimento” (Querido, 2005:132). Reforçando esta ideia, (Hesbeen, 2001:76) diz-nos que “estar-se doente e ver-se os nossos familiares preocupados, em sofrimento ou em dificuldade, não contribui para a serenidade. Isso gera um peso suplementar que não pode ser menosprezado.” Apesar do que já foi referido acerca da importância do apoio que os doentes necessitam por parte da família, não só na manutenção da esperança, mas aos vários níveis, verificámos que um dos sujeitos do estudo refere não sentir disponibilidade por parte do marido na gestão da domesticidade, bem como para ficar com o filho durante os seus períodos de tratamentos, refugiando-se muitas vezes no café:

“A nível familiar dão-me a ajuda que podem dar, o marido vai trabalhar, a filha mais velha também trabalha, a filha do meio e o filho mais novo estudam, um vai para aqui, outro vai para ali, outro para acolá e eu fico sozinha com tudo, ..., ” (E4).

“ (...) nem todos os pais conseguem fazer o que uma mãe faz, embora gostem muito dos filhos, mas é muito diferente, ele fazia mas depois para o fim já se ia aborrecendo e não deixava de fazer a vida dele por causa do filho mais novo e depois tinha a minha filha

mais velha que orientava as coisas. Quando é preciso ajudam, mas não deixam de fazer a vida deles, como ir ao café, (...) continuam-se a firmar nas costas largas que a mulher tem, (...) ” (E4).

A situação de doença aumenta a sensibilidade da pessoa doente, esta dá mais importância aos valores humanos, às pequenas coisas, às atitudes e palavras dos outros, ou seja os pequenos gestos tomam outra dimensão. Por outro lado, como nos diz (Pereira e Lopes, 2002:78) “ (...) não podemos apenas assumir que a doença tem uma influência no sistema familiar, mas também que a qualidade de vida familiar tem uma influência no curso da doença”, pois quando a família possui fortes relações entre os seus elementos, perante uma situação de adversidade, procuram ultrapassá-la em conjunto, fortalecendo as relações existentes e baseando-se no suporte e apoio mútuo. Acrescenta (Portela e Neto, 1999:6), que as famílias quando devidamente apoiadas “readquirem a necessária capacidade e disponibilidade para poderem apoiar os doentes”.

4.5.3- Presença dos profissionais de saúde

Para cuidar do outro é indispensável disponibilidade e atenção, para todos os doentes, dando prioridade às suas necessidades concretas. Cuidar “revela-se então (...) como a dimensão essencial da enfermagem e o seu valor mais alto está na relação do enfermeiro com a pessoa cuidada, uma relação pessoa a pessoa, isto é, um encontro, um estar com... implica presença, respeito, disponibilidade, compreensão e congruência” (Lazure,1994:160). Sem dúvida, que no cuidar da pessoa com dor crónica do foro oncológico é necessário a deteção de necessidades, mas também de desejos e de esperanças. Para isso é imprescindível desenvolver a capacidade de escuta para compreender os doentes na sua globalidade. Os doentes anseiam por palavras de apoio, de esclarecimento, de conforto, pois, “a doença propicia o estar com o vazio, no nada, no silêncio, como forma de preocupação e angústia, que se constitui como parte integrante da existência” (Carvalho e Merighi, 2005:957). Os doentes são sensíveis às posturas de disponibilidade dos profissionais, à sua presença junto deles e estão atentos aos seus gestos, valorizando o simples gesto de dar-lhes a mão, pois “a mão que se estende para tocar a do outro diz mais do que as palavras...” (Phaneuf, 2005:46). Muitas são as vezes que o doente com dor procura alguém à sua volta para agarrar a mão, não é mais do que

um pedido de ajuda, pois este contacto confere-lhe segurança e conforto, já que o toque “tem sido demonstrado em variados estudos para reduzir a ansiedade, promover o relaxamento e aliviar a dor” (Ahya, 2000:143). Podemos dizer que “não há um remédio para todos os doentes, há sim uma atitude humana específica para cada pessoa como ser único que é” (Perguiça e Sobral, 2003:27). É sem dúvida através do que os profissionais de saúde comunicam ao doente, quer de uma forma verbal ou não verbal que o podem ou não ajudar a ultrapassar as suas dificuldades, preocupações e a sua dor, ou pelo menos a minimizar estes aspetos:

“ (...) temos então é bom apoio das enfermeiras, que são impecáveis, o médico também é uma pessoa muito atenciosa, também boa pessoa, não pode fazer milagres, ninguém os faz (...)” (E1).

“..., temos Enfermeiras muito simpáticas, o Médico da dor e o da Oncologia também são muito bons, tratam muito bem a gente, quando preciso de alguma coisa estão sempre prontos a ajudar, (...)” (E6).

Os sujeitos do estudo reconhecem a solicitude manifestada pelos profissionais de saúde. Também (Querido, 2005:167) verificou no seu estudo que “as relações com os profissionais demonstraram ser positivas e capazes de proporcionar bem-estar.” Ainda no estudo realizado por (Nobre, 2008a:138), os enfermeiros referem que “a presença do enfermeiro pode aliviar a dor (...)”. Podemos dizer que o enfermeiro ao aproximar-se do doente, ao oferecer a sua presença demonstrando disponibilidade interior para escutar o doente, contribui certamente para diminuir a sua ansiedade e conseqüentemente a perceção da dor. A diferença reside nos pequenos grandes momentos, nos pequenos gestos para além dos fármacos. Pois o facto de o enfermeiro oferecer disponibilidade: sentar-se e ficar próximo do doente, libertando-se dos materiais de trabalho, adotando posturas e gestos corporais de abertura, de disponibilidade, desde o não cruzar os membros, o inclinar-se um pouco sobre o doente, que confere interesse e atenção pela sua pessoa e pelas suas palavras, o não olhar o relógio, pois poderá interpretar que o enfermeiro está com pressa, entre outros pequenos gestos e atenções que permitem fazer sentir ao doente que ele é importante, que o enfermeiro se preocupa com ele, que se interessa. A disponibilidade demonstrada pelo enfermeiro facilita a partilha dos medos e da dor por parte do doente, por sua vez, ajuda-o a diminuir a ansiedade, a tensão e conseqüentemente pode ajudar a minimizar a dor, pois “... a simples presença de um enfermeiro afável e experiente pode

reduzir a ansiedade e, conseqüentemente diminui a dor.” (Santos e Valente, 1995:9) Ainda a utilização da escuta ativa e do toque, permite sentir ao doente que não está sozinho e ajuda o mesmo a centrar a sua atenção noutros estímulos que não a dor, o que contribui para promover o relaxamento, diminuir a ansiedade, a tensão e naturalmente a dor:

“..., o apoio, a atenção das enfermeiras e do médico também ajudam muito a acalmar, ..., até as dores, ..., ()” (E1)

Desta forma, podemos dizer que os domínios do saber/saber, saber/fazer, mas sobretudo o domínio do saber/estar e ser do enfermeiro, junto da pessoa com dor crónica do foro oncológico, é tão ou mais importante do que o analgésico administrado. “É através da sua forma de estar, totalmente presente, que o enfermeiro demonstra ao doente a sua vontade em o compreender verdadeiramente...” (Lazure, 1994:16), pois escutar o outro “ (...) implica, em certo sentido, uma abdicação de si. (...) É acolher a palavra do outro, desde a mais corpórea até a ainda não pronunciada. Esse acolher também é, ao mesmo tempo, física, psicológica e espiritual, para considerar o homem no seu todo. (...) ” (Carvalho e Merighi, 2005:9). O tempo que se investe na escuta do doente é sempre benéfico, porque permite conhecer as suas necessidades, as suas dificuldades aos vários níveis, bem como os seus desejos, a esperança, os seus sentimentos, emoções, pois “é o tempo que dás à tua rosa que a torna importante para ti” (Saint-Exupéry, 2004:74). Os entrevistados sentem-se acolhidos pelos profissionais que os escutam. A atenção e a solicitude oferecida pelos profissionais viabilizam o estabelecimento de um vínculo que fortalece o espaço da escuta e da presença:

“ (...) O Dr. P. para mim tem sido praticamente um, ..., aliado na minha doença em que ele ao pormenor vai, vê essas coisas, explica e interessa-se e eu dou-lhe total confiança para ele fazer aquilo que é necessário, confiança e até ânimo também (...) ” (E9).

Os doentes, por um lado, sentem-se apoiados, sentem que os profissionais de saúde se interessam pelas suas situações, que lhes dão atenção e que podem contar com eles para expressar as suas dúvidas, as suas preocupações e acompanhá-los na sua caminhada, mas por outro lado, os doentes também se confrontam com a impotência dos profissionais de saúde, no que respeita à evolução da própria doença e da dor que lhe é inerente:

“ (...) eles também passam um mau bocado, eles às vezes também ficam bloqueados, chegam ali e muitas vezes não sabem como hão de lidar com a nossa dor, com a nossa situação (...)” (E9).

Esta situação desenvolve no doente outro tipo de sentimentos, como o medo, a insegurança, a angústia, a tristeza, verificando-se uma ambiguidade de sentimentos na pessoa doente. Segundo (Nobre, 2011:5), torna-se fundamental que os profissionais,

“compreendam a pessoa, compreendam a pessoa com dor, compreendam a dor nas várias dimensões, para que possam acompanhar e cuidar de forma autêntica e personalizada, pois olhar a pessoa com dor crónica do foro oncológico, a partir da sua perspectiva, permite um cuidar direcionado à singularidade da pessoa e à particularidade da sua vivência”

É o cuidar destes doentes que para além de contribuir para o crescimento interior do doente, promove também o crescimento interior do profissional de saúde, ou seja, da pessoa que cuida. Pois “aquele que cuida nada pode fazer sem aquele que é cuidado, por este ser para aquele uma ajuda e uma pessoa recurso, sendo o inverso também verdadeiro” (Lazure,1994:8) Quando o doente se entrega totalmente nas mãos do profissional de saúde para receber ajuda, o profissional de saúde também tem de se entregar, envolver-se nas necessidades do outro que confia em si. Acrescenta (Nobre, 2008b:12), que são estes doentes “ (...) que nos ensinam muito sobre eles próprios, sobre a forma de lidar com eles, com o sofrimento, com a dor, com as perdas, com a esperança, com a morte.” Salienta a mesma autora, que a aprendizagem que os mesmos proporcionam é, sem dúvida, “muito enriquecedora, para além de nos permitir a preparação para a nossa própria morte, também nos permite, valorizar, apreciar as pequenas coisas da vida, a viver com mais intensidade o nosso dia-a-dia, ou seja, a dar mais valor à vida”. Assim nos refere (Hennezel, 1997:12),

“após anos e anos de assistência a pessoas que vivem os seus últimos momentos, não sei muito mais sobre a morte em si mesma, mas a minha confiança na vida não tem senão aumentado. Vivo, sem dúvida, mais intensamente, com uma consciência mais aguda, aquilo que me é dado viver, alegrias e tristezas, mas também todas essas pequenas coisas quotidianas, que são óbvias, tal como o simples facto de respirar ou de andar.

Talvez me tenha tornado mais atenta aos que me rodeiam, consciente de que os não terei para sempre a meu lado, (...), tenho passado anos junto daqueles a que chamam moribundos, mas que estão bem vivos até ao fim, sinto-me mais viva do que nunca. Devo isso àqueles que julgo ter acompanhado, mas que, na humildade em que o sofrimento os afundou, se revelaram uns mestres.”

A ambiguidade da solicitude, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico, envolve a perda de papéis dentro da família e o apoio da família, uma vez que ocorre uma perda da capacidade, por parte do doente, para realizar as tarefas que anteriormente desempenhava, sendo a família que o substitui, o que causa no doente um

sentimento de impotência, de incapacidade, tristeza e até de diminuição. Os doentes referem também sentir alguma diferença na forma como a família e amigos a eles se dirigem, pois expressam uma atenção e preocupação maiores, que anteriormente não acontecia, o que os faz sentir diferentes das outras pessoas. Apesar dos doentes perceberem que as diferenças de atitudes manifestadas pela família e amigos e da mesma forma, que a substituição dos seus papéis pela família é feita por amor e carinho, deixam transparecer que a solicitude manifestada, fá-los sentir diferentes dos que estão ao seu redor e diminuídos, impotentes por não conseguirem realizar o que faziam antes, o que se traduz numa ambiguidade de sentimentos. Ainda na análise da ambiguidade da solicitude, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico, salienta-se também a presença dos profissionais de saúde, pois os doentes sentem-se acolhidos pelos profissionais que os escutam, já que para cuidar do outro é necessário possuir disponibilidade interior, oferecer atenção e desenvolver capacidade de escuta para conseguir compreender as necessidades, desejos e a esperança de cada pessoa doente. Podemos assim dizer que os sujeitos do estudo reconhecem a solicitude manifestada pelos profissionais de saúde, ainda que não haja possibilidade de cura para a sua situação, o que gera no doente uma ambiguidade de sentimentos. Por um lado sentem-se apoiados, confortados através de palavras de apoio, sentem que os profissionais de saúde se interessam por eles e que podem contar com os mesmos para desabafar, para expor as suas preocupações. No entanto, por outro lado, reconhecem a impotência dos próprios profissionais de saúde perante a doença que teima em avançar e a dor que se intensifica, causando no doente outros sentimentos, que envolvem o medo, a preocupação, a insegurança, a angústia e a tristeza. Podemos ainda dizer, que apesar da ambiguidade de sentimentos verificada nos sujeitos do estudo, quando a pessoa doente se entrega ao profissional de saúde também este se deve entregar, preocupar-se e envolver-se nas necessidades, nos medos, nas dúvidas do seu doente, sendo a solicitude demonstrada que fortalece essa relação e certamente contribui para o crescimento interior quer do doente, quer do profissional de saúde.

4.6- A APRENDIZAGEM, NA EXPERIÊNCIA DA PESSOA COM DOR CRÓNICA DO FORO ONCOLÓGICO

“...só indo até aos limites de nós mesmos, com lucidez e sem disfarces, a compreensão do mundo mais distante se tornará possível”

Leiris

Podemos dizer que apesar do homem possuir, habitualmente, condições para controlar as vicissitudes que lhe provocam dissabores, confusão ou ressentimento, é preciso salientar que “a sua liberdade consiste em decidir quais as atitudes a assumir diante de um período de dor. Destas opções depende a sua grandeza e debilidade, pois, da maneira de se viver o Inverno, podemos adivinhar o espírito da Primavera” (Pangrazzi, 2008:111). Na pessoa com dor crónica do foro oncológico é fundamental o acompanhamento, a ajuda ao doente na identificação e na descoberta de novos valores que surgem face à sua situação de doença, “descobrir novos valores, ver a vida como um mistério, viver o sofrimento como ocasião para amadurecer, apesar do mesmo, podem ser pontos de luz que (...) podem marcar uma rota para viver a situação de proximidade da morte” (Bermejo, 1999:39). A partir do agrupamento das unidades de significado para o tema 6- A aprendizagem, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico, (Anexo E), foi possível identificar dois subtemas, como nos mostra o Quadro 7:

Quadro 7- A aprendizagem, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico

Temas	Subtemas
A aprendizagem, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico	- Valorizar o Ser - Aprender com a doença

4.6.1- Valorizar o Ser

É imprescindível uma atenção individualizada, continuada e integral da pessoa com dor crónica do foro oncológico, pois é uma pessoa viva, com uma história, com desejos, esperanças, sentimentos, com necessidades afetivas e relacionais, em que o “fazer” e o “ter”, deixaram de ser importantes, apenas o “ser”. Há que atender aos aspetos físicos, emocionais, sociais e espirituais. No entanto, muitas das vezes, o aspeto espiritual fica esquecido e é na fase final da vida que esta dimensão assume maior importância. A relação com a proximidade da morte leva a pessoa com dor crónica do foro oncológico a questionar-se sobre o sentido da vida e o sentido da morte, sendo fundamental identificar as suas necessidades espirituais e acompanhá-la no seu percurso. Algumas das necessidades no campo espiritual, são referidas por (Bermejo, 1999:37), sendo que uma envolve a “Angústia e as perguntas difíceis”, pois o doente pode questionar-se, culpabilizar-se e sentir-se angustiado. Nesta situação há que escutar o doente, uma vez que a escuta ativa é fundamental para compreendê-lo na sua globalidade. Acrescenta o mesmo autor, que saber acompanhar a angústia “significa sobretudo dar espaço à formulação do impacto cognitivo e emotivo que a proximidade da morte produz. Trata-se de estar aberto ao diálogo e facilitar a drenagem emocional.” A “Questão do sentido e a valorização pessoal da morte” constitui outra das necessidades destes doentes no campo espiritual, apontada por (Bermejo, 1999:39), sendo aqui fundamental o acompanhamento, a ajuda ao doente na identificação e na descoberta de novos valores que surgem face à situação de doença, como sejam, dar atenção aos que o rodeiam, valorizar os pequenos gestos e atitudes, viver cada dia, ou seja, viver a situação de doença como oportunidade de amadurecimento e crescimento interior. Outra das necessidades espirituais destes doentes, envolve a “reconciliação com a própria vida”, em que o doente reflete sobre a sua vida e efetua um balanço sobre o que fez e o que não fez. Costuma dizer-se que “ (...) o modo de morrer depende um pouco do modo como se vive, ou seja, do que a pessoa sente que conseguiu fazer na sua vida: uma vida plena e sensata ou uma vida vazia e sem sentido” (Bermejo, 1999:40). No estudo efetuado por Querido (2005:176), os participantes referem que viver o dia-a-dia “significa o ajuste da vivência da situação a cada dia. Os relatos sugerem haver influência da dimensão temporal e da percepção da morte como limite presente, na forma como os participantes gerem as suas esperanças no sentido de as manter

em cada dia.” Alguns sujeitos do nosso estudo referem-se à importância do “ser” que são e de viver um dia de cada vez:

“ (...) hoje (...), vivo um dia de cada vez, porque hoje sinto-me bem mas amanhã não sei, posso ter uma dor mais forte que me impossibilite, posso não conseguir levantar-me,, () prefiro viver um dia de cada vez, já me habituei a viver assim,, deixei de ter planos, projetos, (...) ” (E3).

“Deixei também de dar importância aos bens materiais, não dou importância a comprar para mim, sinto-me melhor quando dou aos outros, passei a dar mais importância ao ser que sou e ao estar com os outros..., (...) ” (E3).

“ (...) gosto, gosto de dar um sorriso (-- e então nessa questão de colaborar com pessoas que sofrem e isso tudo, é uma das coisas boas (...) não é cá estar a dar dinheiro, a dar isto ou aquilo, para mim é precisamente ajudar com afeto e carinho a quem necessita (...)” (E9).

Também o estudo realizado por (Carvalho e Merighi, 2005:959), possibilitou compreender os sujeitos do estudo “como seres abertos a transformações, tendo condições de alcançar seu próprio ser, buscar sua própria verdade, recuperando o significado do cuidar numa outra dimensão, (...)” Ainda no mesmo estudo, os autores verificam que os doentes ao confrontarem-se com o processo de finitude, procuram apreciar o que antes passava despercebido, valorizam, recriam, ou seja, transformam o seu mundo, substituindo as perdas por uma nova forma de viver e de estar com os outros. A importância dos afetos, dos pequenos gestos faz-se perceber nos nossos entrevistados:

“ (...) ..., é importante dar, dar aos outros, para recebermos também, dar e receber Amor.” (E3).

“ (...) muitas vezes não é o sentido material das coisas, é praticamente o afeto e às vezes uma palavra, um gesto, representa mais do que qualquer coisa material que a gente possa dar, porque a pessoa está carenciada muitas vezes, não é de coisas materiais, é mais do afeto, atenção, ..., (...)” (E9).

“ (...) dizer assim: olha lembrou-se de mim, porque hoje há muito egoísmo, as pessoas estão muito fechadas e então o afeto não custa nada e a gente dando também recebe, (-- (...)) ” (E9).

O comportamento da pessoa perante uma situação de adversidade, segundo (Paldron, 2004b:143), pode oscilar,

“ entre os extremos do egoísmo total e do altruísmo mais inesperado. Contudo a base de entendimento consensual é geralmente a solidariedade. Sabendo que a situação é difícil para todos, nasce uma união espontânea de todos os esforços para a ultrapassar. Esta atitude é natural no ser humano, e permite transformar o sofrimento, dando-lhe um sentido altruísta”

A pessoa doente pode desenvolver a sua dimensão espiritual, aprendendo a reconhecer os seus recursos internos e conseqüentemente produzindo uma transformação interior, tanto nas suas capacidades e nível de consciência, como nos seus comportamentos e atitudes, pois “ o treino espiritual (...) gera uma atitude global de bondade e nobreza de coração. Com bondade e altruísmo, a nossa vida ganha sentido e as condições para que se atinja a felicidade reúnem-se sem esforço” (Paldron, 2004a:135). Os obstáculos, as dificuldades e as adversidades da vida, podem não afetar a pessoa de uma forma tão severa, quando a mesma é capaz de se centrar nos que estão à sua volta e deixa de estar unicamente centrada em si própria e procura ter objetivos altruístas. Acrescenta a mesma autora que, desta forma, “preparamos, assim, o terreno para conseguirmos transformar e, até, transcender o sofrimento”. Podemos dizer que o desenvolvimento da espiritualidade conduz a uma transformação, ou seja, a um crescimento interior da pessoa e ocorre um reforço do eu. Nesta perspetiva (Benito, Barbero e Payás, 2008:149), acrescentam e reforçam que, “ o sentido de pertencer a um todo superior e a conexão com esta fonte de vida nos dá consistência interna, nos motiva, nos capacita, nos dá energia e nos confere confiança e esperança e, com ela, maior capacidade de enfrentar dificuldades e problemas. Todo o qual repercute num maior bem-estar psicológico e boa saúde mental”.

4.6.2- Aprender com a doença

A pessoa com dor crónica do foro oncológico é sempre acompanhada de uma particular densidade de sentimentos que intensificam as ligações afetivas quer a nível familiar, social e com os profissionais de saúde. Torna-se necessário desenvolver atitudes de ajuda, como a empatia, a aceitação incondicional e a autenticidade para ajudar a pessoa doente, na dimensão espiritual. O doente com dor crónica do foro oncológico, “sem possibilidade de cura percebe em seu corpo sinais de degeneração significativos, e crê que seu corpo seja um local de doença e de sofrimento que se perdeu na relação com o tempo”. (Carvalho e Merighi, 2005:958) Acrescentam as autoras que, o doente com dor crónica do foro

oncológico, manifesta “o desejo de falar, de ser escutado e de obter respostas às suas questões, torna-se, em muitos casos, mais intenso, porque o tempo passa a ter outro significado (...), ele procura sua própria autonomia, desejoso de manter o controlo da situação e de ser respeitado em suas opções”. Para ajudar o doente com dor crónica do foro oncológico, do ponto de vista espiritual, torna-se fundamental, oferecer espaço ao doente, para o mesmo verbalizar acerca “das suas vivências, das suas experiências, do seu passado, enfim da sua vida, para poder perdoar-se interiormente e para poder perdoar os outros. A atitude empática, a escuta, o diálogo aberto com o doente ajuda-o a compreender as perdas” (Nobre, 2008b:11). O sofrimento, a dor “necessita de tempo para se transformar em fase de crescimento e de esperança; muitas vezes, é preciso aceitar a confusão e a perturbação como etapa intermédia antes de conseguir uma perspetiva diferente e a paz interior” (Pangrazzi, 2008:112). Ainda no contexto de amadurecimento e crescimento interior, o mesmo autor salienta que,

“com demasiada frequência, a salvação da fé que entra em crise pela experiência da dor pode exigir muito tempo. Quando a voltamos a encontrar, mesmo com a ajuda da nossa presença discreta e acompanhante, é uma fé purificada, mais genuína, que aumenta em nós a capacidade de compreender os que sofrem e o desejo de torná-los úteis. Quase sem nos apercebermos, também cresceu a nossa estatura interior moral e o nosso amadurecimento.”

O despertar da dimensão espiritual é fruto da evolução peculiar de cada pessoa. Em situações de sofrimento existencial ou de questões que se colocam sobre a realidade em que vive a pessoa que sofre, ocorre “uma procura orientada a transcender a visão estreita que a pode manter instalada no sofrimento, e promove a aquisição de uma visão mais profunda de si mesmo como parte de uma realidade superior” (Benito, Barbero e Payás, 2008:145). Acrescentam os mesmos autores, que a espiritualidade é um movimento de busca pessoal em três direções:

- Busca de Sentido
- Busca de Conexão
- Busca de Transcendência

Na busca de Sentido (Benito, Barbero e Payás, 2008:145), referem que a espiritualidade “compreende uma busca pessoal de sentido, do significado da vida e da morte, do valor de si mesmo: seus atos, sua pessoa, suas circunstâncias. Trata-se da necessidade de integrar os diversos aspetos da nossa vida e do nosso ser: de reconhecer, abraçar, aceitar nossos êxitos e fracassos (...).” Acrescentam os mesmos autores, que “trata-se de, ao mesmo tempo, dar valor a tudo aquilo que fomos, fizemos, vivemos desde a honra e generosidade, desde o amor; a tudo aquilo que contribuiu para a nossa felicidade e para a dos outros; a tudo aquilo que nos fez crescer e amadurecer”. Trata-se de regar as sementes da felicidade que todos temos dentro de nós, segundo os mesmos autores, ao referirem-se à expressão de (Hanh, 2004). Também os sujeitos do estudo se debruçam sobre essa importância:

“ (...) também penso que há outras pessoas que ainda sofrem mais do que eu, tem outras perdas maiores e dou a volta assim aos meus pensamentos, é a vida que ensina a gente assim, aprendemos com os problemas a levantar a cabeça (...)” (E6).

“ (...) quem viveu uma perda tão pesada, como foi a morte da minha filha, acaba por ficar mais preparado para outros embates, é como se costuma dizer, aquilo que não nos mata fortalece-nos.” (E10).

(...) às vezes há frases, há momentos, pronto, há tanta coisa que às vezes a gente descobre que se não fosse aquele parar, aquela falta de saúde que a gente teve acabamos por não saber que de facto existe o outro lado, o lado bom, da família (--) (...)” (E9).

“ (...) reconheço que também eu dei tudo aquilo que tinha, criei as minhas irmãs tal como criei os meus filhos (...)” (E9).

“Sinto-me feliz por isso e os meus filhos, graças a Deus, também estão todos bem, (...), ainda hoje sou uma referência, da maneira como os criei, (...) dei-lhe aquilo que pude, (...)” (E9).

Na busca de Conexão, (Benito, Barbero e Payás, 2008:145), mencionam que “a espiritualidade, como dimensão humana, tem também uma faceta de abertura. Permite ao indivíduo (...) reconhecer-se a si mesmo como parte integrante dele, e como membro importante da sociedade.” Acrescentam os mesmos autores que,

“o sujeito toma consciência da interconexão entre os seres, das ações e das omissões, dos elementos, da natureza e da sociedade. O mundo pessoal amplia-se, expande-se; (...). O sentimento da pessoa é de conexão, de pertença (formar parte) e de responsabilidade para consigo e para com os outros que se tornam agora mais íntimos, mais próximos. Trata-se de uma consciência relacional, a de sentir-se formar uma

unidade com os outros, participar de uma comunicação, ser consciente da fraternidade de todos os seres, e de formar parte de um todo que nos acolhe.”

Tal acontece com os participantes do estudo:

“ (...) quando percebo e percebo facilmente, alguém que tem cancro, que anda em tratamentos, apetece-me dar-lhe um sorriso, dizer que sei o que é isso, dar-lhe uma palavra de força, de ânimo, ..., é assim que eu sinto.” (E3).

“ (...) estes percalços na reta da vida, na vida que a gente tem, às vezes vem-nos despertar, vem-nos dizer assim: há outros, há mais valores, há isto, há aquilo, que é para a gente ter um bocadinho de atenção, porque a vida, a vida se a gente a vive continuamente sem parar acabamos por não lhe dar o devido valor (...) ” (E9).

“ (...) às vezes é preciso passar por estas coisas para saber que alguém nos ama, que alguém nos quer bem, porque a gente às vezes no dia-a-dia até se esquece que de facto ao lidarmos com as pessoas não damos a devida atenção, ..., eu estou em querer que isso está a acontecer um pouco comigo, a descobrir que de facto somos amados e não sabemos (--)(...)” (E9).

“ (...) adoro, adoro os laços familiares, para mim são, ..., (--)(-) sempre, sempre os preservei, mas agora com esta situação descobri de facto que há laços muito fortes, (...)” (E9).

A busca da Transcendência, segundo (Benito, Barbero e Payás, 2008:145), assenta na capacidade de “expandir o ser, (...) tendo uma perspectiva mais profunda e ampla do nosso eu e nossas circunstâncias presentes, incluídas o sofrimento e a morte, (...)”. Referem ainda, os mesmos autores, que na espiritualidade existe,

“uma dimensão de transcendência: de saída, de abertura a outro nível de consciência não racional, mas intuitivo, que nos abre a novas realidades e mais além de nós mesmos. Mais além, por exemplo, num movimento de perdão, generosidade, entrega; desprendimento e amor (...). A transcendência intrapessoal se centra na potencialidade do eu e descobre a existência de uma fonte de força interior sempre presente. (...) A doença e a morte são tempos de busca espiritual.”

Como nos dizem os depoimentos:

“No dia-a-dia eu não parava, nunca tinha tempo para mim, e agora, na minha situação de doença, tenho encontrado tempo para mim, é um tempo diferente, não foge como fugia antes, (...) ” (E3).

“ (...) olho de outra forma as coisas, olho para aquilo que não apreciava antes, como as folhas das árvores, os sons da natureza, as pessoas com deficiência, ..., (...)” (E3).

“ (...) agora tenho mais tempo, é um tempo diferente, aprecio mais as coisas. Quando a gente é novos o tempo não chega para nada, é uma correria e nesta fase da vida temos tempo de sobra, ..., daí que se aprecia as coisas de outra maneira, é assim.” (E5).

Recordando (Lazure, 1994:16) “ (...) é preciso lembrarmo-nos de que o tempo é uma abstração. Não é o tempo que é longo: nós é que nos aborrecemos; não é o tempo que passa depressa: nós é que andamos cada vez mais rapidamente. (...) O tempo é neutro, nós é que o qualificamos, o colorimos”.

Nesta perspectiva é necessário avivar, abrilhantar, oferecer qualidade ao tempo para a pessoa estar consigo própria e para apreciar as pequenas coisas que no dia-a-dia passam despercebidas:

“ (...) passei a dar mais importância a outras coisas que antes não via. Vou dar um exemplo, fui ao campo, sítio onde gosto de ir quando estou mais triste, mais deprimida, sentei-me no chão e pus-me a olhar as folhas das árvores, são todas diferentes: a textura, as cores, o tamanho, ..., ouvir os sons da natureza, ... (--)” (E3).

“ (...) aprecio outras coisas, as árvores, agora começa a queda das folhas, os passarinhos á tarde quando se começam a ajeitar nos ramos das árvores e que agora também vão começar a ir embora, quando chegar o frio, ..., é assim, mas antes também não apreciava estas coisas, (...)” (E5).

A espiritualidade envolve a dimensão profunda de si mesmo, aumentando a capacidade de conhecimento interior:

“ (...) pergunto várias vezes: Porquê a mim? Para quê? Para a pergunta: “porquê a mim?” Não sei, não consigo encontrar uma resposta, mas quando me pergunto “para quê?” sei que é para aprender, para aprender mais, para olhar o mundo de outra forma, (...) parar para refletir, (...)” (E3).

“ (...) este acalmar na vida, dá-nos praticamente mais relaxamento e eu agora substitui praticamente esse relaxamento pelos passeios, faço de manhã uma caminhada de 2ª a 6ª feira, só Sábado e Domingo é que não vou, mais de resto faço sempre isso, (...)” (E9).

Na análise da aprendizagem, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico, salienta-se o valorizar o ser e aprender com a doença, sendo que a pessoa com dor crónica

do foro oncológico é uma pessoa viva, com necessidades, desejos e esperança. Como pessoa doente o “fazer”, o “ter” deixaram de ser importantes, distinguindo e valorizando o “ser”. Há que atender aos aspetos físicos, emocionais, sociais e espirituais, sendo que, na grande maioria das vezes, o aspeto espiritual fica esquecido e só perante situações de adversidades e sobretudo na fase final da vida a dimensão espiritual assume maior importância. O desenvolvimento da espiritualidade conduz a uma transformação, ou seja, a um crescimento interior da pessoa doente que lhe permite recriar e conseqüentemente aumentar a capacidade do seu conhecimento interior. Torna-se mais atenta aos pormenores, a apreciar as pequenas coisas do dia-a-dia que antes passavam despercebidas, a não dar importância aos bens materiais e a trocar estes por um gesto de afeto, um sorriso, ou uma palavra de conforto. A pessoa doente ao dar mais atenção aos que a rodeiam, ao centrar-se mais nos outros do que em si própria e ao definir objetivos altruístas, torna possível o desenvolvimento da sua maturidade e a promoção do seu crescimento espiritual, capaz de transformar e até transcender o sofrimento. De acordo com (Benito, Barbero e Payás, 2008:150), podemos dizer que a vivência da transcendência e a procura de sentido da vida orienta e conduz as pessoas em termos de atitudes e comportamentos, de que se salientam: “solidariedade e responsabilidade social, (...), menos interesse nos aspetos materiais, (...) interesse em manter uma prática que favoreça e desenvolva a dimensão espiritual (...)”.

CAPITULO 5

5- SÍNTESE DO CONJUNTO DAS UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO

“O investigador deve reunir as unidades de significação e as unidades de significação aprofundadas numa descrição consistente e coerente, que toma uma forma sintética.”

Deschamps (1993)

Neste capítulo será abordada a quarta e última fase do processo de análise dos dados na abordagem fenomenológica e que segundo (Deschamps, 1993) envolve a síntese do conjunto das unidades de significação e apresenta três operações distintas: 1) uma descrição da experiência particular de cada co investigador; 2) uma descrição da estrutura típica do fenómeno; 3) uma comunicação a outras pessoas da descrição da estrutura.

5.1- DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA PARTICULAR DE CADA CO INVESTIGADOR

A primeira operação da quarta fase de análise dos dados tem por base, segundo (Deschamps,1993), que cada narrativa analisada conduz a uma descrição constante e fidedigna dos propósitos do participante. Assim, neste ponto, iremos proceder a uma descrição consistente das unidades de significação, em que a mesma é ordenada pelos depoimentos, com início em (E1) e término em (E10). A descrição efetuada é ainda organizada pelos temas centrais e respetivos subtemas, procurando adquirir a sua forma sintética.

Encontra-se em anexo (Anexo F), os quadros de síntese que contêm os temas, subtemas e respetivas unidades de significação, por entrevista.

Relativamente ao **primeiro depoimento (E1)**, verifica-se que a entrevistada do estudo, sobre o tema **O Ser-aí e o significado da dor** descreve a dor como algo que a entristece, que produz sofrimento e que a impede de realizar as suas atividades domésticas. A dor é apontada pela mesma como uma dor generalizada, multidimensional, que impõe limitações

a vários níveis, pois para além de envolver todo o seu corpo físico, também lhe retira a vontade de tudo, inclusive de estar com as outras pessoas, acabando por se isolar o que a deixa imersa numa profunda tristeza. Quanto ao apoio farmacológico utilizado, a mesma refere que cumpre a prescrição médica, pois toma os dois tipos de comprimidos e faz a aplicação do penso transdérmico de três em três dias, mantendo sempre o cumprimento do horário indicado. No apoio não farmacológico, a participante do estudo, refere-se ao apoio e atenção que recebe por parte das enfermeiras e do médico, pois o apoio e a atenção recebidos são extremamente importantes, uma vez que a ajudam a ficar mais calma e a diminuir a sua perceção de dor.

No que respeita ao tema **A relação do Dasein na experiência da dor crónica do foro oncológico**, a entrevistada relativamente à perda de autonomia na realização das tarefas domésticas, deixando transparecer o sofrimento na expressão do seu olhar, verbaliza que anteriormente fazia as suas compras e todas as atividades domésticas, mas deixou de poder fazer o que fazia antes. A mesma, entre períodos de silêncio e mantendo, no seu olhar, uma expressão de sofrimento, refere não conseguir sair à rua, não poder fazer as suas compras, nem limpar a casa, como por exemplo lavar o chão e limpar o pó, por não sentir forças. A perda de forças limita-a na execução das tarefas, bem como na possibilidade de sair de casa, pois possui escadas interiores, de vinte e quatro degraus, que contribuem para essa limitação, tendo a mesma sido agravada devido a fraturas patológicas do membro inferior direito por metástases ósseas, desde há dois anos. Adianta que consegue fazer pequenas tarefas na sua casa, apoiando-se numa bengala e com vários períodos de descanso, no sofá, durante a execução das mesmas, como por exemplo o almoço. A perda de autonomia confere-lhe aborrecimento, tristeza, por querer realizar as suas tarefas e não conseguir executar as mesmas.

Perante o tema **A angústia decorrente da proximidade da morte**, a participante do estudo, mantendo a expressão de sofrimento que o seu olhar deixa transparecer, pois trata-se de um olhar sem brilho e direcionado para baixo, a mesma questiona-se sobre o sentido da vida/morte, referindo achar não merecer o que lhe está a acontecer e interroga-se sobre o seu porquê, sobre o porque é que isto lhe aconteceu, sentindo-se impotente devido à doença já não se encontrar localizada, mas sim metastizada. As suas verbalizações em

concordância com as suas manifestações não-verbais, quer pelos períodos de silêncio e pela expressão do seu olhar de sofrimento, mostram a sua finitude, em que os tratamentos são referidos como muito custosos e conduzem a um desconforto físico contínuo, pois ocorre uma perda de vontade para tudo, uma perda do apetite e o corpo físico perde toda a força “empurrando-a” para a cama, pois só lhe apetece estar deitada, não conseguindo fazer uma limpeza da casa, por não ter forças para isso, salientando tratar-se de uma vida sem qualidade. A entrevistada manifesta resignação para com a sua situação, revelando uma recusa de agir, em que nos dias de mais aborrecimento, pensa somente na sua partida. A mesma demonstra, através das suas verbalizações, uma cedência da vontade a um ser superior, referindo fazer os tratamentos até que aguente e viver desta forma até que Deus a leve. Acrescenta que vai passando a vida como Deus a destina, que não há nada a fazer e o que tem certo é o outro lado, quando Deus quiser. Verbaliza e demonstra pelos silêncios efetuados, associados ao sofrimento expresso no seu olhar, que a sua vida é passada com dor e com tristeza, relacionando a tristeza com a sua incapacidade física, pois não se sente com forças para realizar as suas tarefas do dia-a-dia, o que a deixa aborrecida e triste de querer fazer as suas coisas e não poder. No que respeita ao aceitar o sofrimento, verifica-se que a participante do estudo, através das suas manifestações verbais e não-verbais, demonstra-se resignada, pois refere que tem de ter paciência para ir suportando a situação, vai pensando e sofrendo até que Deus queira, consciente de que a sua situação não tem possibilidade de mudança. Continua a referir-se à debilidade física em que os tratamentos a deixam e que vive uma vida sem qualidade, mas tem de ser como Deus quer e destina, assumindo o sofrimento como um destino.

No tema **A transcendência, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico**, a participante do estudo, ao confrontar-se com o final da vida, deixa transparecer a sua entrega, o abandono ao seu destino, verbalizando que faz os tratamentos até tolerar os mesmos. Quando o seu corpo deixar de aceitar os tratamentos, deixa de os fazer e aceita a vida como Deus a destina. As suas verbalizações são concordantes com as suas manifestações não-verbais, entre as quais destacam-se os silêncios e o olhar que espelha o sofrimento em que a mesma se encontra. A entrevistada toma consciência da sua finitude frente à vida. Para ela, tudo acontece como se se tratasse de ter que aceitar a morte e a vida ao mesmo tempo. No entanto refere, não ter esperança nos tratamentos que está a

fazer em termos de cura, para logo de seguida acrescentar que nos dias em que tem sentimentos mais positivos, existe sempre aquela esperança da situação melhorar um pouco. Nos dias de maior aborrecimento a esperança transforma-se e dá lugar à sua entrega, ao deixar-se ir, ao pensar apenas na sua partida, “até que Deus a leve”.

Sobre o tema **A ambiguidade da solicitude, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico**, a entrevistada menciona a perda de papéis dentro da família, verbalizando que fazia todas as tarefas da sua casa, as suas compras e agora não pode. Refere não ter forças para limpar a casa, nem pode fazer as suas compras. Quando fala do apoio da família, refere que o marido já tem uma certa idade, mas consegue substituí-la nalgumas tarefas. O filho, apesar de estar empregado, ajuda-a em muitas coisas, mas não pode ser em tudo. A filha é viúva, tem dois filhos e trabalha, logo a ajuda que lhe pode dar é pouca. Relativamente à presença dos profissionais, a participante do estudo refere que o apoio, a atenção das enfermeiras e do médico, ajudam muito a acalmar, muitas das vezes até as dores. As suas verbalizações são reforçadas pela sua comunicação não-verbal, nomeadamente através do seu olhar, que se apresenta sem brilho e direcionado para baixo, expressando o sofrimento face à sua situação.

Relativamente ao tema **A aprendizagem, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico** a participante do estudo não fez referência aos subtemas, valorizar o Ser e aprender com a doença.

Relativamente ao **segundo depoimento (E2)**, verifica-se que o sujeito do estudo, sobre o tema **O Ser-á e o significado da dor**, descreve a dor como uma coisa má, verbalizando que sente a mesma do tipo arrancamento de uma parte do corpo, que consegue localizar, e que muitas das vezes tem dificuldade em suportar a mesma, o que lhe causa sentimentos de desespero e impotência face à dor. Acrescenta que sente a dor como algo que no seu corpo não está a funcionar bem e desencadeia dor, considera que a mesma o impede de realizar as coisas do dia-a-dia que habitualmente fazia. Quanto ao apoio farmacológico, o sujeito do estudo refere que cumpre sempre a prescrição médica, pois toma três tipos de comprimidos, cumprindo sempre o horário indicado e que tem conseguido controlar a dor.

No apoio não farmacológico utiliza a massagem que efetua na zona da dor, com cremes para o efeito e refere sentir alívio.

Perante o tema **A relação do Dasein na experiência da dor crónica do foro oncológico**, o entrevistado relativamente à perda de autonomia na realização das tarefas domésticas, refere que deixou de fazer o que fazia antes, como por exemplo, algumas bricolages, subir a escadotes, cozinhar ou lavar a loiça, devido a cansar-se e à perda de vontade em realizar essas atividades, manifestando no seu olhar uma expressão de sofrimento. Quanto à perda da capacidade de desempenho da atividade profissional, deixa transparecer sofrimento no seu olhar, ao verbalizar que não pode fazer certos esforços e por esse motivo deixou de trabalhar como servente de pedreiro, sendo agora impossível realizar essa atividade. No que respeita à alteração da imagem corporal, o sujeito do estudo refere sentir-se inferiorizado por ter ficado colostomizado, sente que o saco para as fezes não pertence ao seu corpo, refere que o estorva durante a higiene corporal e refere-se a ele como algo que não está bem, como sendo um enxerto. Desta forma e deixando transparecer sofrimento através da expressão do seu olhar, o entrevistado acrescenta que a vida para ele já não parece a mesma coisa, perdeu a vontade de fazer seja o que for e sente-se triste, pois ao ver, “os outros bem”, como refere, ou seja as pessoas da sua idade que se encontram saudáveis, considera-se ainda muito jovem, em termos de idade, para todo este sofrimento. No que respeita à perda do convívio social, o sujeito do estudo verbaliza que evita ir ao café, pois o não poder beber uma cerveja e só beber água, leva-o a não lhe apetecer ir ao café, dado que não o motiva para a conversa e para estar com os outros. Refere assim, que agora lhe custa passar o tempo, porque antes ocupava-se mais, para além do trabalho, fazia sempre qualquer coisa em casa, ou no jardim, ou ia ao café, mas agora a dor também o impossibilita, o que o deixa mais triste e esmorecido.

Perante o tema **A angústia decorrente da proximidade da morte**, o participante do estudo, questiona-se acerca do sentido da vida/morte, perguntando-se várias vezes porque é que isto lhe aconteceu e como é que chegou a este limite. Da mesma forma, entre os períodos de silêncio que efetua, associados ao sofrimento expresso no seu olhar, manifesta a sua finitude, no seu corpo psicológico, ao afirmar que está sempre a pensar no seu problema, sente-o sempre, não se consegue libertar do mesmo, pois não é como antes,

agora está sempre a pensar no problema o que resulta em não lhe apetecer conversar com os outros. Assim como no seu corpo espiritual, pois a vida não lhe parece a mesma, parece não ser a mesma coisa, perdeu a vontade de fazer seja o que for, conduzindo-o à tristeza. Desta forma, refere que devido às dores não se sente bem em lado nenhum, passa o dia-a-dia triste, pois a sua vida resume-se agora a ir de casa até à rua e da rua para casa e aguentar um pouco as dores que vão aparecendo. O tempo agora custa a passar, pois antes trabalhava e também se ocupava com qualquer coisa em casa ou no jardim e agora não pode desenvolver essas atividades devido à dor, então passeia um pouco e depois passa o tempo no sofá a ver televisão, o que torna o dia-a-dia chato e aborrecido, deixando-o triste e esmorecido, chegando a ter aumento da percepção de dor nesses momentos. O entrevistado através das suas verbalizações, dos períodos de silêncio efetuados, associados ao sofrimento expresso no seu olhar, deixa transparecer a sua revolta com a situação em que se encontra, pois refere ter perdido a vontade para fazer qualquer coisa, até para sair de casa. A aceitação da sua situação tem sido difícil, pelo facto de se achar ainda muito jovem, em termos de idade, e ver outras pessoas da sua idade sem esse tipo de problemas. Por outro lado, expressa a sua revolta através de uma culpabilização, assumida a partir do discurso médico, em que se tem ido mais cedo podia haver a possibilidade de não ficar colostomizado, sendo o saco de colostomia o que mais o incomoda e o faz sentir inferiorizado. Quanto ao aceitar o sofrimento, o participante do estudo refere-se ao mesmo como sendo uma situação sem possibilidade de mudança, que o entristece, que não o deixa estar bem em lado nenhum, que o faz sentir mal devido às dores.

No tema **A transcendência, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico**, o participante do estudo faz referência à esperança e força interior, verbalizando que tem força de vontade, acrescentando que o tempo é determinante na evolução da sua situação.

Sobre o tema **A ambiguidade da solicitude, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico**, o entrevistado para além de se referir à perda de papéis dentro da família, sente que o olham de forma diferente, que é alvo de uma atenção diferente porque está doente. Apesar de saber que a intenção dos familiares é de ajuda, sente-se diferente com os cuidados que agora lhe são dirigidos. Salienta ainda o apoio da família, pois o facto

de estar sozinho em casa, leva a que pense mais na doença, e nesse sentido, refere que a família o tem ajudado muito.

Relativamente ao tema **A aprendizagem, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico** o sujeito do estudo não fez referência aos subtemas, valorizar o Ser e aprender com a doença.

Relativamente ao **terceiro depoimento (E3)**, verifica-se que a entrevistada, sobre o tema **O Ser-aí e o significado da dor** descreve a dor como sendo insuportável e de intensidade muito forte. Refere-se à mesma como sendo uma dor total e multidimensional, pois afeta as várias dimensões. A dimensão física, por não ser capaz de efetuar as atividades do dia-a-dia, como sejam as tarefas domésticas, uma vez que não consegue realizar esforços e mobilizações necessárias à execução das mesmas, devido à dor, motivo esse pelo qual também deixou de trabalhar. A dor também a limitou na sua dimensão social, pois deixou de sair, de ir ao café e começou por se isolar. Desta forma, foi também afetada a dimensão psicológica, pois a dor mergulhou-a no sofrimento e na perda de vontade, conduzindo-a a uma depressão. Pondo em causa o sentido da vida/morte, chegou a pensar em pôr termo à vida, sendo, desta forma, afetada a sua dimensão espiritual. Quanto ao apoio farmacológico utilizado, a mesma refere que cumpre a prescrição médica pela ordem indicada, assim como o horário estabelecido pelo médico. No apoio não farmacológico, a participante do estudo, refere já ter feito termas, com vários tipos de banhos que a ajudaram a relaxar bastante e a aliviar a dor. Já efetuou também a massagem associada à musicoterapia, com sons da natureza, que lhe proporcionou bem-estar, relaxamento, conseguindo desviar a atenção do foco da dor, diminuindo assim a perceção da mesma, deixando transparecer esse sentir, através da esperança expressa no seu olhar. Refere-se ainda à importância da atenção, da disponibilidade por parte dos enfermeiros, considerando que a dor pode ser aliviada quando a mesma é partilhada com alguém disponível.

No que respeita ao tema **A relação do Dasein na experiência da dor crónica do foro oncológico**, a participante do estudo relativamente à perda de autonomia na realização das tarefas domésticas, refere que a dor física não permite que faça movimentos, esforços, impedindo-a de passar a ferro, aspirar a casa, enquanto a dor psicológica, permite-lhe fazer

esforços, mas retira-lhe a vontade, o apetite de fazer os mesmos. Quanto à perda da capacidade de desempenho da atividade profissional, a mesma refere que teve de deixar de trabalhar, desempenhava as funções de auxiliar de ação médica. O facto de deixar de efetuar as rotinas habituais, desde o sair de casa todos os dias, foi muito doloroso, levando-a a sentir-se inútil, deixando transparecer o sofrimento na expressão do seu olhar. Da mesma forma, sendo expresso o sofrimento no seu olhar, relativamente à alteração da imagem corporal a entrevistada salienta que não se conseguia olhar no espelho, sobretudo quando foi a queda do cabelo e de alguns dentes, devido aos tratamentos de quimioterapia, o que a obrigou a usar peruca e a ter de colocar prótese dentária. Acrescenta ainda que quanto à perda do convívio social, foi bastante custoso o ter de deixar de sair de casa, o deixar as rotinas habituais e de estar com os seus amigos.

Perante o tema **A angústia decorrente da proximidade da morte**, a participante do estudo questiona-se sobre o sentido da vida/morte, perguntando-se várias vezes sobre o porquê a mim e para quê. Sobre o porquê a mim não encontra resposta. Mas sobre para quê, considera que é para aprender mais, para olhar o mundo de outra forma, que antes não via. Através das suas verbalizações e da sua linguagem não-verbal, que envolve os períodos de silêncio efetuados, associados ao sofrimento expresso no seu olhar, a entrevistada manifesta a sua finitude, no seu corpo psicológico, ao afirmar que o facto de deixar de trabalhar, de sair de casa, de estar com os amigos, enfim, o deixar as rotinas habituais e não conseguir realizar as tarefas domésticas, que antes realizava, foi muito custoso. Fê-la sentir-se inútil. Acrescenta que a aceitação da doença foi muito difícil, pois a palavra cancro é uma palavra pesada e atirou-a “para o fundo”, fê-la sentir-se muito pequenina, indefesa e levou-a a pensar na morte. No que respeita ao aceitar o sofrimento, a entrevistada refere-se ao mesmo como sendo uma situação que a afetou bastante, pois não se conseguia olhar no espelho, nomeadamente durante a queda do cabelo e de alguns dentes, devido à quimioterapia. O sofrimento conduziu-a ao isolamento, pois deixou de trabalhar, de sair de casa, de ir ao café, deixou de fazer as rotinas habituais e o facto de não conseguir realizar as tarefas domésticas, associado à palavra cancro, conduziram-na a uma depressão e chegou mesmo a pensar pôr termo à sua vida. Por outro lado, ao questionar-se sobre o para quê, a participante do estudo entende a situação de sofrimento como uma oportunidade para aprender mais, para parar, refletir e olhar o que a rodeia de uma forma

mais intensa. Olhar e apreciar o que antes não apreciava, como por exemplo a natureza, as folhas das árvores, os sons naturais, bem como as pessoas com deficiência e as pessoas com cancro, que se encontram a fazer tratamentos. Salienta que lhe apetece dirigir-se às mesmas e dar-lhe um sorriso, uma palavra de força, ânimo e dizer-lhe que sabe pelo que estão a passar.

No tema **A transcendência, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico**, a participante do estudo verbaliza a importância da força interior e do pensamento positivo no seu dia-a-dia. As suas verbalizações são reforçadas pelas suas manifestações não-verbais, destacando-se o olhar que expressa esperança e alguns períodos de silêncio associados à esperança manifestada. A entrevistada refere que luta todos os dias porque tem que ter força, porque tem que lutar para continuar a viver, pois ainda não quer morrer. Refere que apesar de não ter filhos, tem cinco sobrinhos e gostava muito de os ver crescer e de os acompanhar por mais tempo. Acrescenta que essa é a sua força e que é a ela que se “agarra” quotidianamente. Salienta que tem o apoio do seu companheiro e da família, mas reforça que a maior força vem dela mesmo. Confessa que procura ter um pensamento positivo e escreve várias folhas com a frase “estou curada” que espalha pela sua casa e pela casa da sua mãe, referindo ser uma forma de interiorizar o que na verdade deseja. Acrescenta que tudo se passa na cabeça das pessoas e daí que “pensar positivo” ajuda o dia-a-dia não só com a doença mas com tudo o que rodeia a pessoa e preenche a sua vida. A participante do estudo também se refere à fé que tem em Deus, percecionando a fé ligada à esperança. Acredita que Deus pode ajudá-la a ultrapassar tudo isto ou acompanhá-la até ao fim, conforme ele desejar. Aceita o que Deus tiver para ela, mas salienta que ainda é cedo para partir. Acrescenta que acompanhou muitos doentes na sua partida, o que lhe permitiu verificar que os que não acreditavam em Deus, que não tinham qualquer crença, tinham uma morte em aflição e os que rezavam, os que se entregavam à ajuda de Deus, tinham uma morte muito mais serena e tranquila.

Sobre o tema **A ambiguidade da solicitude, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico**, a entrevistada refere-se ao apoio da família, expressando que é da família que vem a maior força. Além do apoio dado pelo seu companheiro, salienta que a

maior força vem sobretudo da sua mãe, que a ajudou e continua a ajudar muito, inculcando-lhe a coragem de que necessita.

Relativamente ao tema **A aprendizagem, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico** a participante do estudo, refere-se à importância do ser que é e de viver um dia de cada vez, salientando que o facto de hoje se sentir bem, não significa que amanhã aconteça o mesmo. Pode ter uma dor mais forte que a impossibilite, pode não conseguir levantar-se e assim, prefere viver um dia de cada vez. Salienta que já se habituou a viver assim e que deixou de ter planos e projetos. Deixou também de valorizar os bens materiais e passou a sentir-se melhor quando dá aos outros. Passou a dar mais importância ao ser que é e ao estar com os outros. Acrescenta que é importante dar aos outros, para recebermos também. Considera fundamental dar e receber amor. Quanto ao aprender com a doença, refere que começou a olhar para os que a rodeiam de outra forma. Estes tornaram-se mais íntimos e mais próximos. Hoje distingue facilmente alguém que tem cancro ou que ande em tratamentos e diz que, na presença desses sujeitos, lhe apetece dar-lhe um sorriso, dizer-lhe que sabe o que é isso e dar-lhe uma palavra de força e de ânimo. Acrescenta que encara de outra forma o mundo que a rodeia, aprecia o que não apreciava antes, desde as folhas das árvores aos sons da natureza, mas também as pessoas com deficiência. Refere ainda que no dia-a-dia não parava, não tinha tempo para ela própria, e agora, na situação de doença, tem encontrado esse tempo, sendo um tempo diferente que já não foge como fugia antes. Estas verbalizações são reforçadas pelas suas manifestações não-verbais, destacando-se o olhar erguido, iluminado, deixando transparecer alegria e esperança, assim como alguns períodos de silêncio efetuados, durante as verbalizações, associados à alegria e esperança expressa através do seu olhar. A entrevistada salienta ainda que ao perguntar a si mesma o “porquê a mim?”, considera que não sabe, não consegue encontrar uma resposta, mas quando pergunta “para quê?” sabe que é para aprender, para aprender mais, para olhar o mundo de outra forma, para parar e refletir, aumentando a sua capacidade de conhecimento interior.

Relativamente ao **quarto depoimento (E4)**, verifica-se que a participante do estudo, sobre o tema **O Ser-aí e o significado da dor**, faz referência à alteração da dimensão psicológica, devido à dor, salientando a dor causada pela alteração da imagem corporal,

devido à queda de cabelo, referindo a mesma como muito dolorosa e que não alivia com analgésicos. Quanto ao apoio farmacológico utilizado, a mesma refere que cumpre a prescrição médica, pois toma os comprimidos pela ordem indicada, mantendo sempre o cumprimento do horário dos mesmos.

No que respeita ao tema **A relação do Dasein na experiência da dor crónica do foro oncológico**, a participante do estudo relativamente à perda de autonomia na realização das tarefas domésticas, refere que há certas atividades que são muito difíceis de realizar, como por exemplo estender a roupa, ir às compras, causam-lhe bastante cansaço e dores intensas que lhe retiram a força. Existem outras atividades que não consegue realizar, como por exemplo, pintar uma casa, esfregar uma tapete, devido à limitação dos movimentos a nível dos ombros, que foi agravada desde a colocação do cateter para quimioterapia, e também devido à dor associada. Acrescenta a entrevistada que sente revolta por não conseguir realizar as tarefas do dia-a-dia, por não ter força e achar-se ainda uma pessoa jovem, em termos de idade. Por outro lado, as tarefas domésticas foi sempre o que realizou, é o que sabe fazer e não tem quem as faça por ela e o facto de se sentir limitada devido à dor deixa-a muito triste e já tem chorado, assim se verifica através do sofrimento manifestado pela expressão do seu olhar e através dos silêncios efetuados durante o discurso, associados ao sofrimento que expressa. Quanto à perda da capacidade de desempenho da atividade profissional, a participante verbaliza a necessidade de ter de deixar o seu trabalho, pois efetuava trabalho doméstico na casa de outras pessoas e o facto de se sentir sem forças levou-a a deixar o mesmo, encontrando-se agora reformada. Na alteração da imagem corporal, foi apontado pela mesma que a queda do cabelo foi uma fase complicada, um bocado dolorosa. Apesar de não ter feito mastectomia bilateral, como era previsto, a radioterapia efetuada diminuiu-lhe o peito deixando-o assimétrico. Esta situação acaba por reforçar o facto de se sentir uma pessoa jovem e não conseguir realizar as atividades do quotidiano, o que a deixa muito triste, sendo o seu sofrimento expresso através do seu olhar.

Perante o tema **A angústia decorrente da proximidade da morte**, a participante do estudo manifesta a sua finitude, no seu corpo físico, ao referir a falta de força que sente, o cansaço e as dores, não lhe permitindo realizar as atividades do dia-a-dia, desde o estender

a roupa, ir às compras, entre outras. A finitude também é sentida no corpo psicológico, pois a mesma refere que as limitações que a doença e a dor lhe impõem já a têm feito chorar, quando não consegue realizar as suas tarefas domésticas, acrescido de que “foi sempre o que fez, é o que sabe fazer e não tem quem lhas faça”. A entrevistada refere sentir-se revoltada com a sua situação, pois refere ser uma pessoa jovem, em termos de idade, e o sentir-se limitada nos afazeres do dia-a-dia, leva a mesma a sentir revolta. Estas manifestações são efetuadas através das suas verbalizações, mas também pela sua linguagem não-verbal, salientando-se os períodos de silêncio efetuados e o seu olhar, que expressa todo o seu sofrimento.

No tema **A transcendência, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico**, a participante do estudo refere-se à esperança e força interior ao verbalizar que se agarrou à vida e ao facto de ainda ser uma pessoa jovem, em termos de idade, para criar os filhos mais novos. Acrescenta que ninguém devia morrer sem deixar os filhos encaminhados porque sofrem muito, conta que a sua mãe se suicidou e os seus irmãos ainda eram pequenos e ela, como mais velha, é que os acabou de criar e reforça o facto de se agarrar ao pensamento, de ter que deixar os filhos criados. As suas verbalizações são reforçadas pelas suas manifestações não-verbais, nomeadamente o olhar erguido, luminoso e direcionado para o futuro, transmitindo esperança. Salienta ainda que antes se associava a palavra cancro à morte e hoje não se pensa dessa forma, pois ainda que morram muitas pessoas com cancro, mas há muitos outros que vivem muitos anos e é a essas situações que a entrevistada se agarra, ou seja à vida. Por outro lado, a necessidade de fazer as tarefas domésticas confere-lhe também força interior para lutar, para continuar e para não se deixar morrer. Quanto à fé diz não ter fé nos santos, por se achar muito jovem para todo o sofrimento que está a passar. A participante do estudo salienta também a importância do grupo de autoajuda que formou em conjunto com outras doentes (grupo de colegas de Évora), durante a frequência dos tratamentos de Radioterapia. Salienta que o grupo é extremamente importante, porque permite que as pessoas que o compõem se ajudem umas às outras, pois verbalizam como se sentem, o que conseguem ou não realizar, as dificuldades que têm e, desta forma, sentem que não estão sozinhas, o que lhes confere força para continuar a sua caminhada mantendo-se “agarradas” à vida. Refere ainda a importância de manterem contacto telefónico regular. A entrevistada faz ainda referência á importância dos grupos de autoajuda, das reportagens que aparecem na televisão referentes

às mastectomizadas, pois sente que não está só, que existem outras pessoas com o mesmo problema e que o superaram. No que respeita ao relacionamento social, a participante do estudo refere que costuma sair de casa e ir um bocadinho ao café durante a manhã. Conversa com as vizinhas e confessa que o estar e conversar com os outros a ajuda a desabafar, a sentir-se melhor, a ficar mais leve. Salienta que o facto de sair durante a manhã, lhe faz muito bem e é como se ganhasse energia para o dia. Depois já não lhe faz diferença ficar em casa o resto do dia.

Sobre o tema **A ambiguidade da solicitude, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico**, a entrevistada refere não sentir apoio por parte do marido para ficar com o filho mais novo, durante os seus tratamentos, verbalizando que o mesmo se refugia muitas das vezes no café, não deixando de fazer a sua vida. Adianta que a filha mais velha também trabalha, o filho mais novo e a do meio estudam, ficando sozinha com todas as tarefas a seu cargo.

Relativamente ao tema **A aprendizagem, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico** a participante não fez referência aos subtemas, valorizar o Ser e aprender com a doença.

Relativamente ao **quinto depoimento (E5)**, verifica-se que o sujeito do estudo, sobre o tema **O Ser-á e o significado da dor**, descreve a dor como uma coisa horrível, que não deixa a pessoa estar bem, que faz sofrer e não se vê. Acrescenta, que a dor é sentida por cada pessoa e que quem tem a dor é que sabe falar sobre ela, não se conseguindo atribuir um significado à mesma. Quanto ao apoio farmacológico utilizado, o mesmo refere que faz sempre a medicação como o médico diz e cumpre sempre o horário dos analgésicos, mesmo que nessa hora esteja mais aliviado relativamente à dor.

No apoio não farmacológico, o sujeito do estudo, refere que perante a presença de dor mais forte, procura uma posição de alívio e utiliza o calor húmido, através do saco de água quente.

No que respeita ao tema **A relação do Dasein na experiência da dor crónica do foro oncológico**, o participante do estudo relativamente à perda de autonomia na realização das

tarefas domésticas, refere que antes fazia em casa trabalhos de mecânica e agora não pode efetuar esforços, falta-lhe a força nos braços e até a força de vontade para realizar os mesmos. Quanto à perda do convívio social verbaliza que antes entretinha-se na rua com outras pessoas, mas agora quando vai comprar o pão refere vir logo para casa, diz que se aborrece, pois a dor, os tratamentos, a própria doença também o entristecem. Acrescenta que fica muito tempo em casa, raramente sai à rua por não ter vontade e passa assim muitas tardes na sua marquise, a olhar para a rua. Salienta que muitas das tardes costumam a passar, deixando transparecer o seu sofrimento através do seu olhar e pelos silêncios efetuados, durante as verbalizações, associados ao sofrimento manifestado.

Perante o tema **A angústia decorrente da proximidade da morte**, o participante do estudo questiona-se sobre o sentido vida/morte, ao referir que pensa muitas vezes não merecer o que está a passar, alegando que sempre trabalhou toda a vida e sempre gostou de ajudar as outras pessoas. O mesmo dá-se conta da sua finitude quando necessita de fazer um esforço maior e surgem as dores, o que o deixa revoltado por saber como era e como agora se encontra. A revolta do entrevistado assenta na comparação entre a pessoa que já foi, com as suas capacidades e possibilidades e a pessoa que agora é. Encontra-se limitado, sem poder efetuar esforços. Considera ainda que, no fim da vida, devia poder gozar a sua reforma com saúde, essa questão também lhe causa revolta. Da mesma forma, o facto de não poder fazer esforços, a própria doença, a dor e os tratamentos, conduzem o mesmo à tristeza. No que respeita ao aceitar o sofrimento, o participante do estudo refere-se ao facto de não poder efetuar esforços. Pois para além de não ter força física, também a força de vontade se encontra perdida, referindo que aquilo que fazia antes, hoje já não consegue realizar, deixando transparecer o sofrimento através da expressão do seu olhar e dos silêncios efetuados associados ao sofrimento manifestado. Desta forma, a sua situação conduziu o sujeito do estudo a um novo olhar sobre o que o rodeia. Refere ter mais tempo, considera ser um tempo diferente que lhe permite apreciar mais o que está à sua volta, desde as árvores, os pássaros. Refere ainda que antes não apreciava estas coisas, pois o tempo não lhe chegava, mas nesta fase da vida sente que tem tempo de sobra, daí que aprecia de uma forma mais atenta o que o rodeia.

No tema **A transcendência, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico**, o participante do estudo refere-se à esperança e força interior ao verbalizar que tenta reagir, porque tem cinco netos e gostava de ver o futuro deles, a vida que irão ter, reforçando que é a eles que se agarra e é por eles que tenta reagir. A sua comunicação não-verbal, nomeadamente o olhar reforça as suas verbalizações, pois trata-se de um olhar que se enche de alegria, que expressa esperança ao longo do seu discurso.

Sobre o tema **A ambiguidade da solicitude, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico**, o entrevistado não faz referência à perda de papéis dentro da família, ao apoio da mesma, nem à presença dos profissionais de saúde.

Relativamente ao tema **A aprendizagem, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico** o sujeito do estudo relativamente ao aprender com a doença, verbaliza sentir que agora tem mais tempo, sente que é um tempo diferente e que aprecia mais as coisas. Salienta que quando a pessoa é jovem o tempo não chega para nada e a vida é uma correria. Porém, nesta fase da vida há tempo de sobra, daí que se aprecia as coisas de outra forma, como por exemplo as árvores, a queda das folhas, ou os passarinhos que se ajeitam á tarde, nos ramos das árvores. Reforça que antes também não apreciava estas coisas.

Relativamente ao **sexto depoimento (E6)**, verifica-se que a participante do estudo, sobre o tema **O Ser-aí e o significado da dor**, descreve a dor como sendo muito intensa e como se sentisse que o seu interior se partia. A dor é ainda sentida como incapacitante, retirando-lhe o sono, dificultando-lhe a mobilização e a realização da sua higiene, necessitando da ajuda do marido para a realização das várias atividades do seu dia-a-dia. Quanto ao apoio farmacológico utilizado, a mesma refere que cumpre a prescrição médica, pois toma os comprimidos prescritos cumprindo os horários dos mesmos. No apoio não farmacológico, a participante refere utilizar o calor húmido, através da colocação de um saco de água quente, no local da dor. Neste campo, refere também que o facto de sair um bocadinho ajuda-a a distrair-se, ou seja, a focar a sua atenção noutros estímulos que não a dor, o que contribui para o alívio da mesma.

No que respeita ao tema **A relação do Dasein na experiência da dor crónica do foro oncológico**, a participante do estudo relativamente à perda de autonomia na realização das

tarefas domésticas, verbaliza que não consegue estender a roupa, recorrendo à ajuda do marido. Também passa a ferro com muita dificuldade, devido ao calor do mesmo, por causa do cateter subcutâneo, optando por passar pouca roupa de cada vez. A sua situação deixa-a revoltada, porque sempre trabalhou e conseguia realizar todas as suas atividades. Agora sente-se limitada, pois teve de deixar de fazer as suas tarefas devido às dores.

Perante o tema **A angústia decorrente da proximidade da morte**, a participante do estudo questiona-se sobre o sentido vida/morte, interrogando-se sobre o porquê desta situação ter acontecido com ela, pois sempre foi uma pessoa que ajudou os outros e não se acha merecedora desta situação. No entanto, conforma-se quando pensa que existem outras pessoas que sofrem mais e experienciam perdas maiores. Quanto à finitude, a entrevistada referindo-se ao corpo físico, menciona que lhe custa muito passar a ferro, devido ao calor, por causa do cateter subcutâneo. Mas também o corpo espiritual é afetado, pois verbaliza a sua tristeza e os momentos de choro que tem em casa quando está sozinha, salientando que chora sempre em silêncio, sendo notório o sofrimento expresso através do seu olhar. A mesma sente revolta por não conseguir realizar as suas atividades, devido às dores e, antes da doença, conseguia efetuar as mesmas. Relativamente ao aceitar o sofrimento, este verifica-se, na participante do estudo, pelas suas verbalizações acerca da sua tristeza e por confessar que chora, algumas vezes, quando está sozinha. O sofrimento transparece através da expressão do seu olhar durante o seu discurso.

No tema **A transcendência, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico**, a participante do estudo deixa transparecer a sua esperança e força interior, ao referir que no dia em que informou o marido sobre o que se passava com ela, tentou logo animá-lo, salientando que não está morta, que ainda vive. As suas verbalizações e o seu olhar, um olhar iluminado e direcionado para a frente, para o futuro, expressam a esperança da entrevistada. Refere ser uma pessoa de fé, que vai regularmente à igreja e pede a Deus que a ajude na situação que está a viver. Quanto ao relacionamento social, a participante do estudo refere que costuma tomar café depois de almoço e conversar um pouco com as vizinhas, salientando que o facto de ouvir outras conversas, ajudam-na a esquecer a doença, durante aquele breve tempo.

Sobre o tema **A ambiguidade da solicitude, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico**, a entrevistada refere-se à perda de papéis dentro da família por não conseguir realizar as atividades domésticas que realizava antes, sendo o marido que a substituiu agora nalgumas dessas atividades. Acrescenta que sente muito apoio da sua família, pois o marido ajuda-a nas tarefas da casa, aquelas que ela não consegue fazer, como por exemplo estender a roupa. A entrevistada refere que costuma poupar a família às preocupações relacionadas com a sua doença, verbalizando que nem sempre o marido sabe se está com dores e nunca chora na frente dele. Da mesma forma, nunca se queixa à filha referindo sempre que está tudo bem, reforça que é para dar força à família. Quanto à presença dos profissionais, refere-se à disponibilidade, simpatia e atenção tanto das enfermeiras como dos médicos.

Relativamente ao tema **A aprendizagem, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico** a participante do estudo em relação ao aprender com a doença, salienta que a sua situação a fez pensar que existem outras pessoas com sofrimentos maiores do que o seu, têm outras perdas maiores e é assim que se tenta conformar e animar. Acrescenta que é a vida que ensina as pessoas, e que é com os problemas que se aprende a levantar a cabeça.

Relativamente ao **sétimo depoimento (E7)**, verifica-se que a entrevistada, sobre o tema **O Ser-aí e o significado da dor**, descreve a dor como uma coisa horrível, difícil de explicar, que não se vê. Indica com precisão a localização da dor e define o tipo de dor, como que uma mordida constante. Quanto ao apoio farmacológico utilizado, a mesma refere que cumpre a prescrição médica, tomando os comprimidos prescritos e efetuando o horário definido pelo médico. No apoio não farmacológico, diz ter feito massagens e que lhe produziram algum alívio.

No que respeita ao tema **A relação do Dasein na experiência da dor crónica do foro oncológico**, a participante do estudo relativamente à perda de autonomia na realização das tarefas domésticas, refere que deixou de fazer todas as tarefas domésticas, desde cozinhar, fazer as camas, varrer, lavar o chão, pois a dor não permitia e associado a este quadro surgiu também a perda de vontade para realizar as mesmas. Deixa transparecer sofrimento

através da expressão do seu olhar, ao salientar que se sente triste pela sua situação, por ser ainda uma pessoa jovem, em termos de idade, e não conseguir realizar nada do que anteriormente fazia. Quanto à perda da capacidade de desempenho da atividade profissional, a mesma deixou de trabalhar, pois efetuava trabalho doméstico na casa de outras pessoas e a dor impede-a de o fazer. É expresso o sofrimento no seu olhar ao salientar que a dor, a doença lhe impuseram limites e alteraram o seu dia-a-dia. Pois era uma pessoa muito ativa e hoje sente-se completamente parada. A alteração da imagem corporal é sentida pela mesma, ao referir que não tem vontade, que não lhe apetece conversar, nem ver as pessoas, verbalizando sentir-se triste pela situação em que se encontra, estando em concordância com a sua expressão de olhar de sofrimento. A perda do convívio social também é notória, pois a entrevistada afirma ter perdido a vontade de sair de casa. Deixou de ir ao café, de passear e de ir às compras, verbalizando não lhe apetecer conversar, nem ver as pessoas, pois sente-se aborrecida e muito triste com a sua situação, estando em concordância com a sua linguagem não-verbal, ou seja, o sofrimento que espelha na expressão do seu olhar.

Perante o tema **A angústia decorrente da proximidade da morte**, a participante do estudo questiona-se sobre o sentido da vida/morte, interrogando-se sobre o porquê de lhe ter acontecido a ela. Pensa nisso várias vezes, expressando o sofrimento através do seu olhar e dos silêncios efetuados, durante as verbalizações, associados ao sofrimento. A mesma refere-se à finitude, do seu corpo físico, verbalizando que era uma pessoa muito ativa e que agora está parada devido à doença, à dor. Refere-se ainda à finitude do seu corpo espiritual, ao sentir-se triste pela sua situação, verbalizando não ter vontade, não lhe apetecer ver as pessoas e não lhe apetecer conversar. A entrevistada refere que para além de ter medo da dor, dos efeitos secundários dos tratamentos, também tem medo de que o segundo tratamento não resulte, pois quando soube que os primeiros tratamentos não resultaram foi outro choque. Receia o facto de ter de passar por tudo novamente, de voltar tudo ao início. Refere-se à tristeza, verbalizando que se sente aborrecida e muito triste pela sua situação, por se considerar uma pessoa muito jovem e pensar, no que antes da doença, conseguia fazer e hoje, saber que não pode fazer praticamente nada. Desta forma, a sua situação deixa-a revoltada e questiona-se sobre o porquê de lhe ter acontecido a ela. Quanto ao aceitar o sofrimento o mesmo é verificado, na participante do estudo, através

das suas verbalizações, de que não lhe apetece conversar, não lhe apetece ver as pessoas, sente-se sem vontade para ir às compras, ao café ou mesmo para passear. Sente-se triste pela sua situação, manifestando o seu sofrimento através da expressão do seu olhar.

No tema **A transcendência, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico**, a participante do estudo refere que encontra a esperança e a força interior ao agarrar-se à sua filha e ao neto. No entanto, quando soube que os primeiros tratamentos não resultaram sofreu um outro choque, que se assemelhou a terem-lhe dito que tinha outro cancro. Nessa altura, a esperança transformou-se e há momentos em que está sempre a pensar nesse insucesso. Aí, surge o medo do segundo tratamento não resultar, de voltar tudo ao início e de ter de “passar por tudo” de novo. As suas verbalizações são reforçadas pela sua comunicação não-verbal, nomeadamente através do olhar, um olhar sem brilho e direcionado para baixo, deixando transparecer o seu sofrimento, bem como através dos silêncios efetuados durante as suas verbalizações, estando os mesmos associados ao sofrimento que a mesma manifesta. Acrescenta que tem fé com Nossa Senhora de Fátima e que está sempre a pedir a sua ajuda.

Sobre o tema **A ambiguidade da solicitude, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico**, a entrevistada no que respeita à perda de papéis dentro da família menciona o facto de que era uma mulher muito ativa e agora encontra-se parada, pois a doença e a dor impuseram-lhe limitações que a impediram de continuar a assumir as tarefas domésticas de que antes se ocupava. Atualmente é a sua filha e o seu marido que se ocupam dessas atividades, alterando as suas rotinas. Salienta que se sente triste por pensar no que conseguia fazer e agora vê-se sem poder fazer praticamente nada. Sente que a família a trata de forma diferente e apesar de saber que é com amor e que há uma preocupação maior, sente que é diferente. As suas verbalizações são reforçadas pelas suas manifestações não-verbais, nomeadamente o olhar direcionado para baixo, sem brilho e com o sobreolho descaído, expressando o seu sofrimento. Quanto ao apoio da família, a participante do estudo refere que o marido e a filha lhes dão muita força e tentam animá-la assegurando-lhe que os tratamentos vão resultar. Salienta que tem sido muito importante sentir o apoio da sua filha e do seu marido.

Relativamente ao tema **A aprendizagem, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico** a participante do estudo não fez referência aos subtemas, valorizar o Ser e aprender com a doença.

Relativamente ao **oitavo depoimento (E8)**, verifica-se que o sujeito do estudo, sobre o tema **O Ser-aí e o significado da dor**, descreve a dor como sendo quase insuportável e refere que a mesma se torna incapacitante. O sujeito do estudo efetua apenas apoio farmacológico, não efetuando qualquer tipo de apoio não farmacológico. Desta forma, o mesmo refere que cumpre a prescrição médica, pois toma os comprimidos e cumpre o horário indicado, mesmo se no momento não sentir dor.

No que respeita ao tema **A relação do Dasein na experiência da dor crónica do foro oncológico**, o participante do estudo verbaliza sobre a perda da capacidade de desempenho da atividade profissional, pois possui uma loja, que explora com a esposa, e desde a sua situação de doença que não se sente capaz, não se sente com forças para trabalhar na mesma. Quanto à perda do convívio social, salienta que a situação de doença e a falta de forças o impediram de continuar a ir ao ginásio, que frequentava diariamente, manifestando sofrimento através da expressão do seu olhar e dos silêncios efetuados, durante as suas verbalizações, associados ao sofrimento.

Perante o tema **A angústia decorrente da proximidade da morte**, o participante do estudo salientou que tem momentos em que se sente triste pela sua situação.

No tema **A transcendência, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico**, o participante do estudo no que diz respeito à esperança e força interior salienta que não desanima com a situação, porque está esperançado que quando chegar ao fim da quimioterapia começará a melhorar e a fazer uma vida semelhante à que tinha antes da doença. Da mesma forma, refere ser uma pessoa de fé, sendo a sua fé que o vai orientando, pois tem fé que chegue ao fim dos tratamentos e que fique melhor para poder fazer a sua vida como fazia até aqui. Quanto ao relacionamento social, menciona ter um grupo de amigos que, todos os meses fazem uma caminhada. Apesar de agora não a poder

efetuar vai sempre ao convívio, que envolve o almoço no final da caminhada. Refere ter também outro grupo, só de homens, onde costuma ir aos almoços.

Sobre o tema **A ambiguidade da solicitude, na experiência da pessoa com dor crônica do foro oncológico**, o entrevistado diz sentir muito apoio da sua família. Dá especial ênfase à filha mais velha que o tem acompanhado para todo o lado, referindo que a mesma tem sido incansável.

Relativamente ao tema **A aprendizagem, na experiência da pessoa com dor crônica do foro oncológico** o sujeito do estudo não fez referência aos subtemas, valorizar o Ser e aprender com a doença.

Relativamente ao **nono depoimento (E9)** verifica-se que o entrevistado, sobre o tema **O Ser-aí e o significado da dor**, descreve a dor como tipo de picada forte, que não é contínua, que se intensifica quando se mobiliza ou quando respira fundo.

Quanto ao apoio farmacológico utilizado, o mesmo refere que toma os comprimidos e faz a aplicação do penso transdérmico de três em três dias, mantendo sempre o cumprimento do horário indicado, não falhando as horas, como se fosse um antibiótico, que deve ser tomado a horas certas. No apoio não farmacológico, o participante do estudo refere que estava a pensar em iniciar a massagem, pois obteve informação sobre os seus benefícios através de um livro de medicina chinesa que adquiriu.

No que respeita ao tema **A relação do Dasein na experiência da dor crônica do foro oncológico**, o participante do estudo não salientou qualquer aspeto relativo a este tema.

Perante o tema **A angústia decorrente da proximidade da morte**, o participante do estudo refere sentir medo relativo ao resultado dos exames, verbalizando que fica sempre apreensivo. Quanto ao aceitar o sofrimento, o sujeito do estudo refere que, muitas das vezes, são estes percalços na reta da vida que fazem a pessoa parar e refletir, para perceber que existem os outros, que há valores, que há outras coisas, enfim, para se dar mais atenção, dar mais valor aos momentos. Salienta que a falta de saúde permitiu-lhe parar e valorizar ainda mais a família, pois para além de sempre ter preservado os laços familiares,

na situação de doença, descobriu que existem laços muito fortes, deixando transparecer a esperança através da expressão do seu olhar e pelos silêncios efetuados, durante o discurso, associados à esperança.

No tema **A transcendência, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico**, o participante do estudo manifesta a esperança e força interior através da confiança que deposita nos médicos e nos tratamentos prescritos. Acrescenta ser otimista, pois já passou por diversas situações difíceis e sempre as resolveu, sendo esta mais uma etapa que espera vencer e é aí que vai buscar a sua força. Refere ter fé em Deus, salientando que a fé é que o ajudou a superar muitas situações difíceis na sua vida. Atualmente a situação de doença experienciada fê-lo agarrar-se cada vez mais à fé, verbalizando que “põe tudo na mão de Deus“.

Sobre o tema **A ambiguidade da solicitude, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico**, o entrevistado refere que tem o apoio da sua família, da esposa, do filho e das filhas. Salienta que adora os laços familiares, pois sempre os preservou, mas na situação em que se encontra descobriu que, de facto, há laços muito fortes. O participante do estudo procura esconder da família qualquer alteração que sinta, para não os preocupar, preservando-os do seu sofrimento. No que respeita à presença dos profissionais, o entrevistado, refere que o médico tem sido praticamente um aliado na sua doença, pois vai ao pormenor, explica, interessa-se e conquistou a sua confiança, para fazer o que seja necessário em termos de tratamentos. Acrescenta que os médicos por vezes também ficam bloqueados e muitas das vezes não sabem lidar com a dor, com a situação e é importante sentirem confiança por parte do doente.

Relativamente ao tema **A aprendizagem, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico** o sujeito do estudo no que respeita à questão de valorizar o Ser refere-se à importância do ser que é, pois gosta de dar um sorriso e de colaborar com as pessoas que sofrem, mas não se trata de dar dinheiro, dar isto ou aquilo. A sua colaboração com as pessoas que sofrem passa precisamente por ajudar com afeto e carinho a quem necessita. Acrescenta, que muitas das vezes não é o sentido material das coisas que mais interessa, mas sim o afeto, as palavras ou um gesto, que representam mais do que qualquer objeto

material que se possa dar, porque a pessoa está carenciada, não de aspetos materiais, mas sim de afeto e de atenção. Reforça que o afeto é de extrema importância, pois a pessoa percebe que foi lembrada. Salienta que atualmente há muito egoísmo, as pessoas estão muito fechadas e então o afeto não custa nada e a pessoa quando dá também recebe. No que respeita ao aprender com a doença o sujeito do estudo faz referência ao que o fez crescer e amadurecer, reconhecendo que esta “paragem forçada” nas rotinas do seu dia-a-dia, devido à sua situação de doença, lhe permitiu perceber que de facto existe o outro lado, o lado bom, da família. Sente-se reconhecido pela atenção e apoio dados pela sua família, pois sabe que também deu tudo aquilo que tinha. Criou as suas irmãs tal como criou os seus filhos e sente-se feliz por isso. Refere que ainda hoje é uma referência para a família, da forma como os criou. Acrescenta que são os percalços na reta da vida que, às vezes, despertam e dizem: “há outros, há mais valores, há isto, há aquilo... a pessoa tem de ter um bocadinho de atenção, porque a vida se for vivida continuamente sem parar, não se lhe é dado o devido valor”. O sujeito do estudo salienta ainda, que às vezes é preciso a pessoa passar por estas situações para saber que alguém a ama, que alguém lhe quer bem, porque às vezes no dia-a-dia ao lidar com a família não se dá a devida atenção. Considera que está a descobrir que de facto é amado e não o sabia, pois adora os laços familiares, sempre os preservou, mas agora na sua situação descobriu que há laços muito fortes. Considera que a sua situação lhe permitiu uma certa calma na vida, trouxe-lhe mais relaxamento, conduzindo-o aos passeios e às caminhadas. Todo o seu discurso verbal é reforçado pelas suas manifestações não-verbais, nomeadamente o seu olhar que deixa transparecer a esperança, pois trata-se de um olhar erguido, que se ilumina e mantém alegre ao longo das suas verbalizações.

Relativamente ao **décimo depoimento (E10)**, verifica-se que a participante do estudo, sobre o tema **O Ser-aí e o significado da dor**, refere que a dor afeta-lhe sobretudo a dimensão psicológica, pois o pensar sobre a sua situação causa-lhe dor mais intensa, do que propriamente a dor física. Quanto ao apoio farmacológico utilizado, a mesma refere que toma os comprimidos pela ordem prescrita e cumpre o horário indicado. No apoio não farmacológico, refere querer experimentar a reflexologia e a acupunctura, por já ter ouvido falar sobre os seus benefícios.

No que respeita ao tema **A relação do Dasein na experiência da dor crónica do foro oncológico**, a participante do estudo relativamente à perda de autonomia na realização das tarefas domésticas salienta que o que mais lhe custa fazer é lavar o chão ou varrer, porque faz-se muito esforço e faz-se uma força enorme no membro superior esquerdo. Por esse motivo habitualmente é a filha ou o marido que realizam essas tarefas. Quanto à perda da capacidade de desempenho da atividade profissional, a entrevistada refere, manifestando sofrimento na sua expressão do olhar, que deixou de fazer quase tudo o que fazia antes, pois trabalhava com o marido no campo e agora não pode efetuar esforços, o que a leva a pensar na reforma. Em relação à alteração da imagem corporal, a participante do estudo, expressa sofrimento através da expressão do seu olhar, em concordância com as suas verbalizações, pois refere sentir-se muito diminuída devido à mastectomia. Não se reconhece e não se sente inteira. Acrescenta, que a queda de cabelo, apesar de ter usado sempre peruca, também fez com que ficasse completamente diferente, pois sabe que não está como era. Verbaliza também que a palavra que a define é mutilada, pois é assim que se sente. Não se sente mulher. Não se sente inteira, verbalizando que assim que possa quer fazer a reconstrução, para ver se consegue sentir-se melhor.

Perante o tema **A angústia decorrente da proximidade da morte**, a participante do estudo refere-se à finitude do ser, ao verbalizar que se sente minimizada, que não se reconhece e que não se sente inteira, deixando transparecer o seu sofrimento através da expressão do seu olhar e pelos silêncios efetuados, durante as suas verbalizações, associados ao sofrimento. A entrevistada refere sentir medo de que a doença surja também na outra mama. Refere também sentir medo do resultado dos exames, de não estar assim tão bem como pensa e gostaria que estivesse. Refere que apesar da situação e dos seus medos, ainda faz alguns planos, mas não tão a longo prazo, pois se puder fazer hoje não deixa para amanhã. Quanto ao aceitar o sofrimento, o mesmo é verificado, na participante do estudo, através das suas verbalizações, ao referir que não se sente inteira, salientando que essa é a palavra certa capaz de a descrever, manifestando vontade de fazer a reconstrução assim que puder, para ver se consegue sentir-se melhor.

No tema **A transcendência, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico**, a participante do estudo refere ter esperança de que vai conseguir ultrapassar a

situação. A sua esperança assenta também no facto de ter duas cunhadas que, há dez anos, passaram por uma situação semelhante e conseguiram vencer, tendo uma delas já feito reconstrução da mama. Acrescenta que estes exemplos acabam por lhe conferir ânimo ao saber que aquelas pessoas também ultrapassaram a situação e estão cá... continuam vivas. Refere sentir força interior e que tenta fazer as coisas em casa calmamente, pois não quer parar. Afirma que tem sentimentos positivos e que quer ultrapassar a situação. Salienta o facto de não ter fé cristã, por tudo o que lhe tem acontecido, e acha que está esquecida por Deus e pelos Santos. Faz referência ao grupo de autoajuda a que pertence, que se formou em Évora, durante o período em que fez radioterapia, com o qual comunica com frequência. Salienta que é muito importante não estar sozinha e ter ao seu lado pessoas com o mesmo problema e partilhar as experiências, o que acaba por aliviar o sofrimento. Refere ainda a importância do relacionamento social, pois tem a experiência de que quando perdeu a sua filha, fechou-se em casa, isolou-se e por essa razão agora não se quer fechar novamente, não se quer isolar, pois sabe que isso só lhe faz mal. Considera que o sair de casa a ajuda a animar e já começou de novo a fazer as suas caminhadas pelo campo.

Sobre o tema **A ambiguidade da solicitude, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico**, a entrevistada relativamente à perda de papéis dentro da família diz que teve de deixar de trabalhar com o seu marido no campo, porque não pode esforçar o braço. Diz que o que mais lhe custa fazer é lavar o chão ou varrer porque faz-se muito esforço. A filha ou o marido substituíram-na nessas tarefas. Ao longo do seu discurso é notória a expressão do seu olhar de sofrimento, num olhar que se apresenta sem brilho e direccionado para baixo. A participante do estudo salienta o apoio da família, referindo que é a filha ou o marido que fazem as tarefas domésticas que ela é incapaz de fazer. Verbaliza também o apoio que as suas cunhadas lhe deram, pois o facto de já terem passado pela mesma situação, ajudou-a a perceber que tinha ali pessoas que a compreendiam, pois sabiam o que ela estava a sentir. Sentiu ainda apoio dos irmãos, que todas as semanas iam visitá-la à sua casa. Salienta o apoio, o acompanhamento e a coragem da sua filha, pois esteve sempre ao seu lado desde a cirurgia e acreditou sempre na sua recuperação e tem-lhe dado muita força.

Relativamente ao tema **A aprendizagem, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico** a participante no que respeita ao aprender com a doença, salienta o que a fez crescer e amadurecer, pois o facto de já ter vivido uma perda tão pesada, como foi a morte da sua filha mais velha, conferiu-lhe a preparação para outros embates. Termina, usando o velho ditado: “aquilo que não nos mata fortalece-nos”.

Efetuámos uma descrição consistente das unidades de significação, tendo a mesma sido ordenada pelos depoimentos e o seu texto organizado pelos temas centrais e respetivos subtemas, procurando adquirir uma forma sintética.

No ponto que se segue, vamos proceder a uma síntese das narrativas, organizada pelos temas centrais e respetivos subtemas, procurando descrever as unidades de significação principais.

5.2- DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA TÍPICA DO FENÓMENO

Segundo (Deschamps, 1993), neste ponto, procede-se à síntese das diferentes narrativas para efetuar uma descrição geral da estrutura típica da experiência, ou seja, uma descrição das unidades de significação principais, as quais representam a estrutura do fenómeno. Desta forma, iremos proceder a uma síntese das narrativas, isto é, uma descrição das unidades de significação principais, sendo a sua organização efetuada pelos temas centrais e respetivos subtemas, procurando assim efetuar uma descrição geral da estrutura típica da experiência. Encontra-se em anexo (Anexo E), os quadros de síntese que contêm os temas, subtemas e respetivas unidades de significação, por temas.

No Tema **O Ser-aí e o significado da dor** salienta-se o subtema: “Descrição da dor”.

Os doentes descrevem a dor que sentem, reforçando a ideia de que a dor é uma experiência individual, ou seja, só a pessoa que a experimenta a pode descrever, assim aconteceu com os entrevistados do estudo, pois a dor é descrita no primeiro depoimento (E1), como algo que entristece a entrevistada, que produz sofrimento e que a impede de realizar as suas atividades domésticas. Por sua vez, a dor também é referenciada, no quinto depoimento (E5), em que o entrevistado acrescenta, que a mesma é sentida por cada pessoa e que quem

a tem, é que sabe falar sobre ela, não se conseguindo atribuir um significado à dor. Da mesma forma, a dor é referida, no sétimo depoimento (E7), como uma coisa horrível, difícil de explicar, que não se vê. Sabemos que a dor é uma experiência subjetiva, pois a descrição que o doente faz da dor é subjetiva para o enfermeiro, porque este não a vivenciou, logo há que acreditar na dor do doente, na descrição que o doente faz da sua dor, sem efetuar juízos de valor, reforçando a clássica definição de dor: “qualquer coisa, que a pessoa que a sente diz que é, existindo sempre que ela diz que existe” (Watt-Watson, 2003:363). Desta forma, os participantes do estudo continuam a referir-se à dor e a descrever a mesma. Na segunda entrevista (E2), o sujeito do estudo, descreve a dor como uma coisa má, verbalizando que sente a mesma do tipo arrancamento de uma parte do corpo. A dor é ainda descrita, no quinto depoimento (E5), como uma coisa horrível, que não deixa a pessoa estar bem, que faz sofrer e não se vê. A mesma é também referida, na sexta entrevista (E6), pela participante do estudo, como sendo muito intensa e como uma sensação de que o seu interior “se partia”. No sétimo depoimento (E7) é ainda feita referência à localização da dor, e definido o tipo de dor, como que uma mordida constante. A mesma também é apontada, no nono depoimento (E9), pelo sujeito do estudo, como tipo de picada forte, que não é contínua e que se intensifica quando o mesmo se mobiliza ou respira fundo. Se por um lado a dor é uma experiência universal ela é também, como já foi referido, uma experiência absolutamente individual, pois são várias as formas de descrever, de expressar a dor e a mesma é vivenciada por cada pessoa de forma singular, pois “a relação que o homem tem com as suas dores é única e íntima, na medida em que reenvia para uma intensidade e uma significação que lhe são próprias.” (Fleming, 2003:22). No segundo depoimento (E2), a dor é sentida, pelo entrevistado, como algo que no seu corpo não está a funcionar bem e desencadeia dor. Consegue localizá-la e muitas das vezes tem dificuldade em suportar a mesma, descrevendo-a como sendo insuportável e de intensidade muito forte. A dor é ainda referida, pelo entrevistado do oitavo depoimento (E8), como sendo quase insuportável, referindo que a mesma acaba por ser um bocado incapacitante. Sendo que, o limiar de sensibilidade à dor, a atitude, o comportamento perante a dor é variável de pessoa para pessoa, consoante a história de dor, as experiências anteriores, os aspetos culturais, a condição social, a idade, a personalidade,... “pressupõe organizações psíquicas internas e portanto modalidades específicas de lidar com a dor, que pode ir da capacidade de a conter mentalmente, de a elaborar, à necessidade de a expulsar, de a negar,

de a desprezar...” (Fleming, 2003:24). Para ser efetivamente aliviada, a dor tem de ser reconhecida, pois não podemos viver verdadeiramente a dor dos outros, mas podemos e devemos aprender a “reconhecer os objetivos, os valores e as respostas estéticas que formam o sentido do “eu”, cuja integridade é ameaçada pela dor e pela doença” (Cassell, 1991:24). A dor é mencionada, pelo participante do estudo do segundo depoimento (E2), como a causa dos seus sentimentos de desespero e impotência face à mesma, bem como das suas limitações na realização das tarefas do dia-a-dia, as que anteriormente efetuava. A pessoa com dor crónica do foro oncológico necessita que a dor seja tratada de forma holística, pois a dor “ (...) invade e altera não só a relação do homem com o corpo mas com a totalidade da sua relação com o mundo.” (Fleming, 2003:22). Torna-se necessário que os enfermeiros compreendam que ao lado da dor fisiológica há uma dimensão existencial da dor, que envolve o sofrimento em maior ou menor grau, de quem a experiencia. A dor é referida, no primeiro depoimento (E1), como uma dor generalizada, multidimensional, que impõe limitações a vários níveis, pois para além de envolver o corpo físico da participante do estudo, também lhe retira a vontade de tudo, inclusive de estar com as outras pessoas, acabando por se isolar. Da mesma forma, a dor é descrita, na terceira entrevista (E3), pela participante do estudo, como sendo uma dor total e multidimensional, pois afeta as várias dimensões. A dimensão física, por não ser capaz de efetuar as tarefas domésticas, uma vez que não consegue fazer esforços e mobilizações necessárias à execução das mesmas, devido à dor, motivo esse pelo qual também deixou de trabalhar. A dor também a limitou na dimensão social, pois deixou de sair, de ir ao café e começou por se isolar. Desta forma, foi também afetada a dimensão psicológica, pois a dor mergulhou-a no sofrimento e na perda de vontade, conduzindo-a a uma depressão. Pondo em causa o sentido da vida/morte, chegou a pensar em pôr termo à vida, sendo, desta forma, afetada a sua dimensão espiritual. Da mesma forma, é ainda feita referência, no quarto depoimento (E4), à alteração da dimensão psicológica devido à dor, em que a participante do estudo salienta a dor causada pela alteração da imagem corporal, devido à queda de cabelo, referindo a mesma como muito dolorosa e que não alivia com analgésicos. A alteração da dimensão psicológica é ainda apontada, pela entrevistada do décimo depoimento (E10), ao referir, que o facto de pensar sobre a sua situação causa-lhe dor mais intensa, do que propriamente a dor física. Na sexta entrevista (E6), a dor é sentida como incapacitante. A participante do estudo acrescenta, que a mesma retira-lhe o sono,

dificulta-lhe a mobilização e a realização da sua higiene, necessitando da ajuda do marido para a realização das várias atividades do seu dia-a-dia. Desta forma, a dor deve ser avaliada para além da dimensão física, nas dimensões psicológica, social e espiritual integradas e indissociáveis, sendo que a dor “não se deixa aprisionar no corpo, ela implica o homem na sua totalidade. Ela não é só um facto fisiológico, mas é sobretudo um facto existencial e por isso os homens não sentem uma dor idêntica da mesma maneira” (Fleming, 2003:24). Para Heidegger, a existência da dor já inclui as dimensões do ser no campo psicológico, social, espiritual e físico. Não importa a origem da dor, mas sim o mundo que ela habita, ou seja, a própria morada do ser. Somente quem a experiencia, quem a vive é que sente e percebe dentro de si a possibilidade do existir.

No tema 2, **A relação do Dasein na experiência da dor crónica do foro oncológico**, destacam-se os subtemas: “Perda de autonomia na realização das tarefas domésticas” e “Alteração da imagem corporal”.

Sabemos que a dor e outros desconfortos físicos associados á própria patologia e tratamentos produzem na pessoa doente alterações a vários níveis, como a perda de autonomia na realização das tarefas domésticas, o que conduz á dependência de outros na realização das mesmas, produzindo no doente a sensação de perda de independência, de já não ser capaz de conseguir fazer o que anteriormente fazia sem esforço. A perda de autonomia na realização das tarefas domésticas é verbalizada, pela participante do estudo do primeiro depoimento (E1), recordando que anteriormente fazia as suas compras e todos os trabalhos da sua casa, mas deixou de poder fazer o que fazia antes. Refere não conseguir sair à rua, não poder fazer as suas compras, nem limpar a casa, por não sentir forças. Adianta que consegue fazer pequenas coisas na sua casa, apoiando-se numa bengala e com vários períodos de descanso, no sofá, durante a execução das mesmas. A perda de autonomia confere-lhe aborrecimento, tristeza, por querer realizar as suas tarefas e não conseguir executar as mesmas. É ainda descrito, pelo entrevistado do segundo depoimento (E2), que deixou de fazer o que fazia antes, como por exemplo, algumas bricolages, subir a escadotes, cozinhar ou lavar a loiça, devido a cansar-se e também à perda de vontade em realizar essas mesmas atividades. Da mesma forma, é mencionado pelo participante do quinto depoimento (E5), que antes fazia em casa trabalhos de mecânica e agora não pode

efetuar esforços, falta-lhe a força física e até a força de vontade para realizar os mesmos. É ainda explicado, pela entrevistada do sétimo depoimento (E7), que deixou de fazer todas as tarefas domésticas, desde cozinhar, fazer as camas, varrer, lavar o chão, porque a dor não permite e associado a este quadro surgiu também a perda de vontade para realizar as mesmas. Ainda no décimo depoimento (E10), a participante do estudo verbaliza que o que mais lhe custa fazer é lavar o chão ou varrer porque faz muito esforço no membro superior esquerdo. Por esse motivo habitualmente é a filha ou o marido que fazem essas tarefas. A presença de dor modifica o quotidiano do doente “arranca o ser à sua existência, retira o sentido à vida e é a própria vida que se torna intolerável. O desamparo, o desespero apoderam-se do ser humano que se sente insignificante, atingido na sua autoestima, na sua dignidade, indefeso e abandonado perante o sofrimento” (Fleming, 2003:23). As limitações nas tarefas do quotidiano conduzem também à perda da vontade da realização dos mesmos, pois a dor “pode ter graves efeitos adversos no estado físico, psicológico, emocional, social e espiritual dos doentes, o que se reflete sobre as atividades de vida diárias e condiciona perdas económicas, laborais e sociais (...)” (González-Rendón, e Moreno-Monsiváis, 2007:8). No terceiro depoimento (E3), a perda de autonomia na realização das tarefas domésticas é também referida, pela entrevistada, devido à dor. Refere a mesma, que a dor física não permite que faça movimentos, esforços e impede-a de passar a ferro, e aspirar a casa. A dor psicológica permite-lhe fazer esforços mas retira-lhe a vontade, ou seja, o apetite de fazer os mesmos. A dor quebra a relação do doente com os outros e a sua relação com o mundo, traduzindo-se muitas vezes na perda da capacidade de confronto com a doença e da capacidade de se transcender, mantendo a esperança, conduzindo muitas das vezes à revolta do doente. A perda de autonomia na realização das tarefas domésticas é ainda mencionada, pela entrevistada do quarto depoimento (E4), ao referir que há certas atividades que são muito difíceis de realizar, como por exemplo estender a roupa, ir às compras, pois causam bastante cansaço e dores intensas que retiram a força. Refere a mesma, que existem outras atividades que não consegue realizar, como por exemplo, pintar uma casa, esfregar uma carpete, devido à limitação dos movimentos a nível dos ombros e também devido à dor associada. Neste contexto, na terceira entrevista (E3) a participante do estudo verbaliza sentir revolta por não conseguir realizar as tarefas do dia-a-dia, devido à falta de força física, mas também, por se considerar uma pessoa jovem, em termos de idade. Por outro lado, menciona que as tarefas domésticas foi sempre o que efetuou, é o

que sabe fazer e não tem quem as faça por ela e o facto de se sentir limitada a esse nível, devido à dor, deixa-a muito triste, reforçando que já tem chorado. É também verbalizado, pela entrevistada do sexto depoimento (E6), que não consegue estender a roupa, recorrendo à ajuda do marido e, tem muita dificuldade em passar a ferro. Refere sentir-se revoltada, porque sempre trabalhou e conseguia realizar todas as suas atividades do quotidiano. Agora sente-se limitada, pois teve de deixar de efetuar as suas tarefas devido à dor.

A pessoa com dor crónica do foro oncológico confronta-se muitas vezes com a alteração da imagem corporal, relacionada com a mastectomia, perdas funcionais ou alteração da função de sistemas orgânicos. De acordo com (Ribeiro, 2008:1), o corpo é intrínseco à existência do ser humano, representa “a identidade da pessoa e corresponde à sua parte visível, expressão de uma realidade vivida; é com ele e através dele que se constrói a sua história ao longo do tempo, que se forma a identificação pessoal desse corpo; é uma dimensão natural do eu e, por ele, o ser humano é mortal.” Refletindo ainda sobre o corpo humano, encontramos o sujeito, que está mergulhado no corpo e por ele está envolvido no mundo, assim nos refere (Castro, 2011:192),

“meu corpo, portanto, está do lado do sujeito que sou, mas, ao mesmo tempo, enreda-me no mundo das coisas. Meu corpo abre-me para o mundo, ou, ainda melhor, abre-me em direção ao mundo, e constitui meu ponto de vista nele. Mantém o espetáculo permanentemente vivo, animando-o e nutrindo-o. Ao desintegrar-se meu corpo, também meu mundo cai em pedaços, e o inteiro desfazer-se de meu corpo significa um rompimento com o mundo e igualmente a morte, o fim de meu ser como ser-consciente-no-mundo, o fim de meu ser-homem”.

No que respeita à alteração da imagem corporal, o entrevistado do segundo depoimento (E2), verbaliza sentir-se inferiorizado por ter ficado colostomizado. Sente que o saco para as fezes não pertence ao seu corpo, refere que o estorva durante a higiene corporal e refere-se a ele como algo que não está bem, como sendo um enxerto. Acrescenta o mesmo, que a vida para ele já não é a mesma coisa, perdeu a vontade de fazer seja o que for e sente-se triste. É ainda salientado, pela participante do estudo do terceiro depoimento (E3), o facto de não conseguir olhar-se no espelho, sobretudo quando teve a queda do cabelo e de alguns dentes, devido aos tratamentos de quimioterapia, o que a obrigou a usar peruca e a colocar prótese dentária. Da mesma forma, a participante do estudo da décima entrevista (E10), verbaliza sentir-se muito diminuída devido à mastectomia. Acrescenta a mesma, que a palavra que a define é mutilada, pois é assim que se sente. Não se sente mulher. Não se

sente inteira, não se reconhece, referindo que, assim que possa quer fazer a reconstrução, para ver se consegue sentir-se melhor. Verbaliza ainda, que a queda de cabelo, apesar de ter usado sempre peruca, também fez com que ficasse completamente diferente, pois sabe, que não está como era. Foi também referido, pela entrevistada do quarto depoimento (E4), que a queda do cabelo foi uma fase complicada, um bocado dolorosa. Por outro lado, apesar de não ter feito mastectomia bilateral, como era previsto, a radioterapia efetuada diminuiu-lhe o peito deixando-o assimétrico. A perda de uma parte do corpo com a qual a pessoa se identifica é sentir modificada toda uma existência, “é viver uma incompletude que traz consigo uma série de alterações no existir. É ter que se adaptar/readaptar, aprender a viver novamente, agora assumindo uma outra perspectiva no mundo para si, para os outros, para os objetos” (Chini e Boemer, 2007:3). Perante a alteração da imagem corporal não deve ser considerado secundário o apoio emocional a oferecer ao doente, assim como possíveis medidas de correção estética, a fim de melhorar o seu bem-estar e a qualidade de vida, já que “a manutenção ou o restabelecimento de uma imagem positiva de si próprio é um fator fundamental no alívio do sofrimento” (Gameiro, 1999:80). A alteração da imagem corporal, relacionada quer com a amputação de uma parte do corpo, quer com uma perda funcional ou com uma alteração da função de sistemas orgânicos, pode contribuir para a exacerbação da dor, pois a dor crónica do foro oncológico não envolve somente a dimensão física, mas também a dimensão psicológica, a social e a espiritual. Sempre que uma dimensão é afetada, ocorrem perdas a esse nível e essas perdas tendem a exacerbar a dor, conseqüentemente o aumento da perceção de dor afeta outras dimensões e outras perdas surgem, conduzindo a novo aumento da perceção de dor e assim sucessivamente. Há que olhar a pessoa como ser holístico e atende-la nas várias dimensões afetadas, tendo por base e valorizando a alteração da imagem corporal, uma vez que esta conduz a uma alteração da dimensão natural do eu, da sua existência, da identificação da pessoa com o seu corpo. Neste contexto, a entrevistada do sétimo depoimento (E7), refere-se ao facto de não ter vontade, de não lhe apetecer conversar, nem mesmo ver as pessoas, verbalizando sentir-se triste pela sua situação. Os enfermeiros ao acompanharem estes doentes têm por vezes dificuldade em “penetrar nesse mistério de dor, de sofrimento e de vida” (Teixeira, 2003:30), e muitas das vezes, não sabendo o que dizer e achando que é importante dizer alguma coisa, utilizam discursos e palavras de forma instintiva e do senso comum, mas que não contribuem para ajudar o doente. É importante respeitar e partilhar o silêncio com os

doentes, pois, na maioria das vezes, estes doentes não necessitam que lhes digam nada, apenas que os escutem. O silêncio permite estar em concordância com o que acaba de ser dito, transmitindo ao doente compreensão pelo que está a viver. A escuta permite compreender a pessoa doente na sua totalidade, pois escutar não é só ouvir, é estar atento à totalidade da comunicação que o doente transmite, quer de uma forma verbal, quer não-verbal. A linguagem não-verbal pode reforçar o que o doente diz verbalmente, mas também a pode contrariar, daí a importância do profissional de saúde estar atento à totalidade da comunicação da pessoa doente, para a compreender, pois ao “estarmos despertos para a “condição do humano”, encontraremos aí o caminho certo para a “correção do agir” (Almeida e Melo, 2001:143). A ajuda a estes doentes assenta sobretudo na proximidade, sendo que “ (...) a proximidade não é uma situação, de facto, mas um ato, o que não deve ser necessariamente compreendido de modo espacial, mas de modo interior: aproximo-me interiormente quando me deixo afetar pela presença do outro, frágil, doente ou moribundo, e quando esta experiência de ser afetada suscita em mim uma resposta ativa” (Renaud, 2006b:76). A par da proximidade interior, a ajuda a estes doentes, envolve simultaneamente disponibilidade interior, entrega e sem dúvida capacidade de escuta.

No tema 3, **A angústia decorrente da proximidade da morte**, os subtemas que mais se evidenciaram, ou seja, onde as experiências dos entrevistados se focaram com maior evidência foram: “Sentido da vida/morte” e “Aceitar o sofrimento”.

Diante da facticidade da vida na qual a pessoa se encontra, a busca pelo sentido da vida / morte, está sempre presente. Estas questões tocam o mais profundo do existir humano e sempre permanecem sem resposta, enigmáticas e misteriosas perante a nossa capacidade limitada de conhecer a razão de todas as coisas. Assim acontece nos sujeitos do estudo, pois questionam-se sobre o sentido da vida/morte. No sétimo depoimento (E7), a entrevistada interroga-se sobre o porquê a ela, “porque é que foi para mim?”, refere que pensa nisso várias vezes. Da mesma forma, o participante do estudo do segundo depoimento (E2), coloca a si próprio as mesmas questões, perguntando-se várias vezes “porque é que isto me aconteceu?” e “como é que isto chegou a um limite destes?”. As questões sobre o sentido da vida/morte continuam a colocar-se à entrevistada do terceiro

depoimento (E3), perguntando várias vezes sobre o “porquê a mim?” e “para quê?”. Acrescenta a mesma, que sobre o “porquê a mim?” não encontra resposta. Mas sobre “para quê?”, considera que é para aprender mais, para ver o mundo de outra forma, que antes não via. Estas reflexões sobre o sentido vida/morte, na pessoa doente, levam muitas das vezes a mesma a não se achar merecedora de tal situação, como referem os entrevistados. Perante as questões sobre o sentido vida/morte, a participante do primeiro depoimento (E1), considera não se achar merecedora da situação que está a viver e interroga-se: “parece que não merecia isto e porque é que isto me aconteceu?”. Sente-se impotente por a doença já não se encontrar localizada, mas sim metastizada. Da mesma forma, o entrevistado do quinto depoimento (E5), refere pensar, muitas vezes, que não merecia o que está a passar, verbalizando “sinto que não merecia”. Alega que sempre trabalhou toda a vida e sempre gostou de ajudar as outras pessoas. Da mesma forma, a entrevistada do sexto depoimento (E6), interroga-se: “porque é que me calhou a mim?”. Refere que sempre foi uma pessoa que ajudou os outros e por esse motivo, não se acha merecedora desta situação. No entanto, conforma-se quando pensa que existem outras pessoas que têm sofrimentos e perdas maiores. Segundo (Mallmann, 2009:66) “somos futuro, passado e presente num único movimento. O passado é uma possibilidade que já foi e o futuro, o ser-para-a-morte, é a última possibilidade ou a impossibilidade de qualquer nova possibilidade.” O Dasein que se abre ao futuro, que tem por sua vez a característica da finitude, abre-se para a questão da morte, pois é tendo em vista o futuro e compreendendo-se um ser-para-a-morte, que o Dasein poderá ser conduzido à descoberta do ser. Sendo que, a compreensão da finitude conduz à angústia do Dasein, logo a angústia é o único sentimento que pode levar o homem à revelação do ser. Desta forma, é no ser-para-a-morte que reside a possibilidade do Dasein existir de modo autêntico. Torna-se impossível fazer a experiência da própria morte, pois quando ela acontece o Dasein deixa de existir. Cada Dasein deve assumir ele mesmo sua própria morte, “(...) ela é um processo que cada um deve e necessita fazer por si próprio, na singularidade” (Mallmann, 2009:71). A morte é concebida como uma ocorrência que “(...) vem ao encontro como um acontecimento conhecido, que ocorre dentro do mundo” (Heidegger, 1989:35). O mesmo autor acrescenta, que o impessoal interpreta este acontecimento como “(...) desconhecidos morrem dia a dia, hora a hora. (...), algum dia, por fim, também se morre mas, de imediato, não se é atingido pela morte”. A análise desse “morre-se” impessoal mostra o modo do ser-para-a-morte quotidiano,

“(…) é compreendido como algo indeterminado, que deve surgir em algum lugar mas que, de início, para si mesmo, ainda-não é simplesmente dado, não constituindo, portanto, uma ameaça. O morre-se divulga a opinião de que a morte atinge, por assim dizer, o impessoal” (Heidegger, 1989:35). A maioria das pessoas encara a morte a partir do cotidiano e do impessoal. Ela acontece aos outros, mas nunca comigo e ao dizer-se “morre-se (...), qualquer um outro e o próprio impessoal podem dizer com convicção: mas eu não; pois esse impessoal é o ninguém” (Heidegger, 1989:35). Habitualmente as pessoas fogem da morte e não querem aceitá-la e mesmo perante a pessoa doente, alimenta-se muito as falsas esperanças “(…) os mais próximos frequentemente ainda convencem o moribundo que ele haverá de escapar da morte e, assim retornar a quotidianidade tranquila de seu mundo de ocupações” (Heidegger, 1989:36). Afirma o mesmo autor que “essa tentativa de consolar e tranquilizar o moribundo é, antes de tudo, a tentativa dos próprios consoladores de se tranquilizarem a si próprios, pois o impessoal não permite a coragem de assumir a angústia com a morte”. Enquanto ser-para-a-morte o Dasein precisa transportar-se para a consciência de que a existência é escolha, que é fundamental escolher. “É preciso, portanto, sair do impessoal e esta decisão só depende de mim, uma vez que é de mim que se trata.” (Dubois, 2005:54). Assim nos refere (Heidegger, 1989:35),

"Morrer da minha morte é a única coisa que ninguém pode fazer por mim. A minha morte é a minha possibilidade mais pessoal, mais autêntica e simultaneamente, a mais absurda. Não está no fim da minha vida, está presente em cada momento da minha vida, no meu próprio ato de viver. Constantemente a procuro esquecer, fugir-lhe, iludi-la pelo divertimento, pela indiferença, pela corrida competitiva ou pelos mitos. Viver autenticamente é, pelo contrário, viver em inteira conformidade com este sentido da vida, viver na constante expectativa da morte e da sua iminência possível. Então atingimos a liberdade perante a morte".

Existir autenticamente exige, então, “coragem para enfrentar (...) e sentir a angústia do ser que caminha para a morte. Existência autêntica implica aceitar a sua própria finitude” (Mallmann, 2009:81). Podemos dizer, que viver de maneira autêntica é viver tendo a consciência de que se é finito e um dia se morre. Viver autenticamente é reconhecer-se ser-para-a-morte e a partir dessa constatação projetar e construir a vida. “A interiorização da morte pode (...) realizar-se (...) de modo construtivo, quando, (...) mesmo através da eventual angústia da morte, se consegue dar à própria morte o sentido da vida, (...)” (Renaud, 2006a:7). Portanto, a pessoa deve entender que a morte deve ser vivida como experiência antecipadora, isto é, deve ser vivida no dia-a-dia de sua existência. Todas as

suas ações devem ter em vista, como horizonte, essa possibilidade, a mais própria do Dasein. Acrescenta a autora, que “a verdadeira antecipação e interiorização da morte é então o ato, presente e continuado, de querer fazer triunfar em mim – em cada um de nós, mulher ou homem – o ser-para-a-vida sobre o ser-para-a-morte.” A mesma autora menciona que “esta sabedoria do tempo leva tempo (o tempo da sabedoria) e, na verdade, talvez seja ela ainda mais um dom do que uma conquista”. Relativamente aos significados “tempo da sabedoria” e “sabedoria do tempo”, (Renaud, 2006a:3) questiona, “como fazer para que o tempo da nossa vida, tempo em que deveríamos adquirir a sabedoria acerca da morte, se concretize efetivamente em sabedoria do tempo para a morte?” Partindo destes dois significados do tempo: “tempo da sabedoria” e “sabedoria do tempo”, a mesma autora refere, que o “tempo da sabedoria” é aquele “que facilita a aquisição da sabedoria; quanto mais avançamos em idade, mais premência adquire em nós a ideia da morte”. Salienta ainda, que “ (...) o desaparecimento de entes queridos que nos lembra que, desta vez, aquilo que nos separa deles já não é um tempo imenso a preencher, como julgávamos na juventude. O tempo da sabedoria está intimamente ligado ao tempo cronológico, que nos leva pouco a pouco a pensar no fim do tempo para nós” (Renaud, 2006a:2). Quanto à “sabedoria do tempo” pode-se dizer que este tempo diz respeito ao tempo interior, aquele que deve ser trabalhado por cada pessoa de uma forma ativa e ética, para alcançar a sabedoria. “ (...) a sabedoria supõe um longo trabalho sobre si próprio. É a sabedoria que permite alterar em nós o sentido e a compreensão em profundidade do tempo.” (Renaud, (2006a:3). A morte é um facto a viver e como tal faz parte da vida e cada pessoa atribui um sentido à sua morte em função da sua existência, em função do sentido que atribui á sua vida, ou seja, morre-se como se vive. Assim nos diz (Renaud, (2006a:4), “o modo como aprendemos a morte própria será também relativo à maneira como vivemos ou temos vivido a nossa vida.” No estudo realizado por (Silva e Merighi, 2006:259), verifica-se que: “ a morte é o término do projeto da presença de ser si-mesmo, é um facto insuperável. No entanto, a pessoa deve tanto enfrentar a morte, (...) como enfrentar a vida. É inevitável que a pessoa, enquanto ser-lançado-no-mundo em uma situação de doença, necessite de audácia para viver e morrer, ou seja, para ser e deixar de ser”. Só quando a pessoa tomar consciência e valorizar o seu papel, é que pode ser feliz, viver e morrer em paz, porque o que dá sentido à vida dá sentido à morte. Na proximidade da morte, quando os doentes sentem que os profissionais de saúde se interessam sinceramente, demonstram

disponibilidade e se preocupam com eles, desenvolve-se uma relação de confiança que facilita a abertura, a expressão de sentimentos, de palavras e a entrega do doente, contribuindo para uma morte digna a que toda a pessoa tem direito. Torna-se imprescindível que o cuidado e a preocupação com a pessoa doente, sem descuidar os aspetos técnicos e científicos, tenha sempre presente o domínio do saber/estar e ser e assente na capacidade de compreender a pessoa, que está por trás de cada doente, na sua globalidade. Na verdade são os momentos mais intensos da vida que deveriam ser partilhados com alguém e a morte é um desses momentos com a especificidade de ser único e jamais revivido.

Sempre que a integridade de uma pessoa é ameaçada ou destruída, podemos dizer que a mesma experimenta sofrimento, assim acontece com a pessoa com dor crónica do foro oncológico, pois “o sofrimento, que está para além do que é físico, corporal, é algo psicológico, uma sensação psíquica e muitas vezes designado por dor moral, associado a sentimentos de perda ou separação, (...)” (Ribeiro, 2008:2). Acrescenta a mesma autora, que sendo o sofrimento inerente à vida humana, o mesmo não pode ser evitado e “só aquele que o experimenta sabe que sofre, o considera como vivência pessoal, independente dos aspetos físico, psíquico ou moral; (...)”. O sofrimento envolve alterações significativas não só a nível físico, mas também aos níveis psicológico, espiritual, social, laboral e familiar, pois “o sofrimento é sempre vivido por pessoas e não apenas por corpos e, como tal, ultrapassa os aspetos físicos da doença” (Neto, 2004:23). Assim se verifica nos sujeitos do estudo, pois no que respeita ao aceitar o sofrimento, a entrevistada do primeiro depoimento (E1), demonstra aceitação do mesmo, ao referir que tem que ter paciência para ir suportando a situação, verbalizando que “temos que ir aceitando aquilo que há”, consciente de que a sua situação não tem possibilidade de mudança. Também o entrevistado do segundo depoimento (E2), refere-se ao sofrimento como sendo uma situação sem possibilidade de mudança, que o entristece e que não o deixa estar bem em lado nenhum, devido às dores. Também o sofrimento conduziu a participante do estudo do quarto depoimento (E4), ao isolamento. Deixou de trabalhar, de sair de casa, de ir ao café, ou seja, deixou de fazer as rotinas habituais. Por outro lado, o facto de não conseguir realizar as tarefas domésticas e o impacto da palavra cancro conduziram-na a uma depressão. Chegou mesmo a pensar em pôr termo à sua vida. Verifica-se ainda o

sofrimento, no sexto depoimento (E6), em que a entrevistada verbaliza a sua tristeza e confessa que, por vezes, chora quando está sozinha. Salienta também, a participante do estudo da sétima entrevista (E7), que não lhe apetece conversar e não lhe apetece ver as pessoas. Sente-se sem vontade para ir às compras, ao café ou mesmo para passear. O sofrimento mergulhou-a numa profunda tristeza. A realidade do sofrimento é individual e pessoal, pois há sempre a necessidade de considerar aspetos únicos e particulares em cada caso, ainda que em situações idênticas. Como nos diz (Ribeiro, 2008:2), “ (...) a doença e/ou sofrimento não são vivenciados do mesmo modo pela pessoa; cada situação, mesmo que idêntica, é sempre diferente da anterior, provoca sofrimento único e, por mais que seja objetivado no corpo que se tem, afeta sempre o corpo que se é”. Desta forma, refere-se ao sofrimento, a entrevistada do terceiro depoimento (E3), como sendo uma situação que a afetou bastante, pois não conseguia olhar-se no espelho, nomeadamente durante a queda do cabelo e de alguns dentes, devido à quimioterapia. Também, a participante do estudo da décima entrevista (E10), verbaliza que não se sente inteira. Sente-se mutilada, salientando que essa é a palavra certa capaz de a descrever. Manifesta vontade de fazer a reconstrução assim que puder, para ver se consegue sentir-se melhor. O sofrimento pode resultar de situações e de determinadas circunstâncias possíveis de serem alteradas, mas por vezes as causas do sofrimento não têm possibilidade de mudança, como por exemplo uma doença incurável, a dor e a morte. No entanto, muitas das vezes, são estas situações impossíveis de mudar que constituem desafios e proporcionam mudanças na pessoa doente, capacitando a mesma para encontrar um sentido positivo para essas vivências e conseqüentemente contribuir para o seu crescimento interior. De acordo com (Neto, 2004:30), “é possível encontrar um sentido no sofrimento e evitar que ele seja destrutivo – o que destrói o homem não é o sofrimento, é o sofrimento sem sentido. (...). Como diz um provérbio: nunca sabemos o que valem os até sermos postos à prova”. A pessoa com dor crónica do foro oncológico, perante o sofrimento, pode encontrar o sentido da vida. Pode encontrar um significado que a amadurece e restaura, uma aprendizagem que lhe devolve a força para reagir e viver. A aceitação do sofrimento passa por compreender que o mesmo sempre fez e fará parte da vida e que as situações de doença, dor e morte são inerentes à condição humana. Aceitar o sofrimento não significa perder a capacidade de lutar, “aceitar não significa resignar-se e baixar os braços. Não há aceitação na resignação, mas sim recusa de agir. Aceitar significa compreender a realidade da situação e perceber quais os aspetos que

se encontram fora do nosso controlo.” (Paldron, 2004b:99). Diante do sofrimento causado pelas adversidades da vida, como a doença grave, o descontrolo da dor e a morte, a pessoa toma consciência da sua incapacidade de controlar a situação e pode surgir a revolta. Nesta perspetiva, acrescenta (Paldron, 2004b:100),

“Se tivermos lucidez rendemo-nos. Nesta rendição, mantemos a dignidade e a coragem para utilizar a situação da melhor forma. Talvez não possamos defrontar o inimigo no seu terreno e com as mesmas armas, mas podemos seguramente modificar muitos outros aspetos da situação transformando, por exemplo, a maneira como estamos e nos sentimos dentro dela. Quem se rende está ativo.”

Podemos dizer, que a pessoa ao dar sentido ao sofrimento confere ao mesmo uma razão de ser e o sofrimento deixa de a atormentar. Assim nos mostra (Dossey, 2001:139), através do seguinte testemunho, de um jovem com sida:

“Lido com esta doença encarando-a como um dos melhores professores que já tive. Trato-a com respeito. Tento amá-la. Falo com ela. Digo: comigo estás segura. Não te preocupes. Não te odeio. Não estou certo de que travar amizade com este vírus que tenho dentro de mim tenha algum impacto curativo mas sei que me ajuda a prosseguir. Se a minha atitude for boa e me sentir feliz e cheio de generosidade, sinto que posso viver com este vírus dentro de mim durante muito tempo”

Este testemunho fala-nos de aceitação e de abertura, pois quando a pessoa aceita o sofrimento rende-se e “se estivermos rendidos, abrimo-nos. Se nos abirmos, enternecemos-nos. E é tão bom e tão raro que isso aconteça que nos sentimos inundados por uma imensa gratidão (...)” (Paldron, 2004b:100). A mesma autora salienta, que quando se chega a esta fase do sofrimento, “ (...) já demos sentido ao sofrimento ou, pelo menos, essa questão já deixou de nos atormentar. Surge então uma certeza: este sofrimento tem uma razão de ser”. A certeza de que o sofrimento tem uma razão de ser não implica que a mesma seja conhecida pelo doente. Refere ainda a mesma autora, que “dessa certeza surge uma nova abertura (...), o enternecimento que sentimos transborda para tudo e todos. Sentimo-nos tão ricos, tão maravilhados e tão gratos que queremos fazer algo pelos outros”. Curiosamente o ser humano, “habitualmente tão centrado em si mesmo, surpreende-nos por vezes: aquilo que não fazemos por nós próprios, nem com muito esforço, fazemos pelos outros com entusiasmo” (Paldron, 2004a:141). Podemos dizer que o facto de a pessoa só pensar nela própria enfraquece-a, diminuindo os seus recursos, mas fortalece-a quando faz pelos outros. Antigamente os homens, “fiéis a valores como o patriotismo, a fidelidade ou a camaradagem, (...) enfrentavam as grandes crises e dificuldades da vida

com muito mais coragem do que nós. O sentido do dever dava-lhes uma noção de responsabilidade, lembrava-os de que não estavam sozinhos e levava-os a fazerem as coisas pelos outros.” (Paldron, 2004a:142). Nos dias de hoje estes valores foram substituídos pelo individualismo, a intolerância, a prevalência dos próprios interesses. A certeza de que se pode transformar o sofrimento em felicidade para os outros dá à pessoa a convicção de que é mais forte do que o próprio sofrimento. “Neste processo, o primeiro beneficiado somos nós. A felicidade que enviamos aos outros recai automaticamente sobre nós, dando-nos uma paz e uma serenidade jamais alcançadas se continuássemos a rejeitar a adversidade e a lutar contra ela.” (Paldron, 2004a:164). Todas as pessoas desejam ser felizes, no entanto “pensamos que a felicidade nos vem de coisas exteriores a nós, quando na realidade vem do nosso íntimo. Temos, por isso, de ver com muita atenção o que nos dá essa felicidade interior” (Aitken, 2004:62). A mesma autora adianta, “quando examinamos essa questão, aquilo que descobrimos (...) é que fazer os outros felizes constitui o principal contributo para a nossa própria felicidade”. Mesmo na situação de doente, a pessoa com dor crónica do foro oncológico, consegue ser amável, sorrir, consegue amar e preocupar-se com os outros. Consegue refletir e conseqüentemente apreciar e valorizar as pequenas coisas. Desta forma pode-se transcender o sofrimento, pois todos aqueles que lidam com o final da vida “encontraram inúmeras vezes esta transformação e esta transcendência do sofrimento. Não é que o sofrimento tenha desaparecido. O que aconteceu foi que ele deixou de ocupar todo o espaço e passou a ser apenas um dos elementos da situação (...)” (Paldron, 2004b:101). Torna-se imprescindível aprender a integrar o sofrimento, de forma que o mesmo seja visto como um modo de reajuste, de procura de significados e novos sentidos para a vida. “Não é raro que os grandes sofrimentos da vida sejam fatores de desenvolvimento de qualidades humanas e de abertura espiritual, provocando uma mudança radical no decurso da nossa existência” (Paldron, 2004a:141). Quando se fala de abertura espiritual fala-se de abertura da consciência, que permite um olhar diferente sobre o mundo. Cada pessoa olha-o de forma diferente em função da pessoa que é, pelas suas experiências anteriores, pela sua situação sociocultural e familiar, enfim, todas as suas vivências são capazes de aprofundar, modificar e moldar o olhar que projeta sobre o mundo. Nesta dimensão da existência humana, em que há um aprofundamento na consciência do mundo do sofrimento, o enfermeiro “deve estar atento ao corpo que a pessoa é, para além da prestação dos cuidados de saúde que o corpo que ela tem necessita e

que visam a promoção da harmonia entre corpo e espírito.” (Ribeiro, 2008:2). O enfermeiro deve compreender a pessoa com dor crónica do foro oncológico na sua globalidade, ou seja, avaliar as suas necessidades nas várias dimensões e basear os cuidados em princípios técnicos, científicos e relacionais. Saber ser e saber estar, são valores imprescindíveis no acompanhamento da pessoa doente, exigem “qualidades humanas e integração de conhecimentos nas dimensões da espiritualidade e da cultura, assim como a disponibilidade física e espiritual para o acolhimento à palavra, à presença ou simplesmente, ao silêncio – é fundamental saber identificar e respeitar o silêncio.” (Ribeiro, 2008:4).

No tema 4, **A transcendência, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico**, destacam-se os subtemas: “Esperança e Força interior” e “Fé”.

O ser humano frequentemente experimenta sentimentos de natureza e intensidade variada que vêm ao seu encontro, decorrentes de sua própria condição de estar lançado no mundo. São situações que causam angústia sem, contudo, existir uma explicação para elas. “São estados afetivos que nos colocam diante da desnudez de nossa condição original, ou seja, de nossa condição de ser humano” (Crossetti,1997:121). Os doentes encontram na esperança a força necessária para atribuir um novo sentido ao seu ser. Assim se verifica nos entrevistados, pois o entrevistado do segundo depoimento (E2), faz referência à esperança e força interior, verbalizando que tem força de vontade, acrescentando que o tempo é determinante na evolução da sua situação. Da mesma forma, salienta, a participante do estudo da quarta entrevista (E4), que se “agarrou” à vida e ao facto de ainda ser uma pessoa jovem, em termos de idade, para criar os filhos mais novos. Menciona também, que antes se associava a palavra cancro à morte e hoje não se pensa dessa forma, pois mesmo que morram muitas pessoas com cancro, há muitas outras que vivem ainda muitos anos e é a essas situações que a entrevistada se agarra, ou seja, à vida. Por outro lado, a mesma verbaliza que a necessidade de fazer as tarefas domésticas confere-lhe também força interior para lutar, para continuar e não se deixar morrer. No quinto depoimento (E5), o entrevistado refere também, que tenta reagir, porque tem cinco netos e gostava de ver o futuro deles, a vida que irão ter, reforçando que é a eles que se “agarra” e é por eles que tenta reagir. Ainda, referindo-se à esperança e força interior, salienta a

participante do estudo da sexta entrevista (E6), que no dia em que informou o marido sobre o que se passava com ela, tentou logo animá-lo, salientando que não está morta, que ainda vive. Para (Heidegger, 1995:143), “aquele que tem esperança se carrega, por assim dizer, a si mesmo para dentro da esperança, contrapondo-se ao que é esperado”. Podemos dizer, que o fator humano-terapêutico mais importante traduz-se na capacidade de esforço para infundir a esperança, como por exemplo, na pessoa com dor crônica do foro oncológico, pois a esperança é esse “constitutivo da existência humana” (...)” (Lain, 1984:238), que transcende o mero otimismo em situações como a da doença. Quando a cura não é possível, a esperança assume uma importância fundamental, “ (...) até mesmo os mais conformados, os mais realistas, deixavam aberta a possibilidade de alguma cura, de que fosse descoberto um novo produto, ou de que tivesse êxito um projeto recente de pesquisa, (...). O que os sustenta através dos dias, das semanas ou dos meses de sofrimento é este fio de esperança.” (Kubler-Ross, 1994:152). Assim se verifica com os entrevistados, pois no que respeita à esperança e força interior, a entrevistada do primeiro depoimento (E1), refere não ter esperança nos tratamentos que está a fazer em termos de cura, para logo de seguida acrescentar que nos dias em que tem sentimentos mais positivos, existe sempre aquela esperança da situação melhorar um pouco. Nos dias de maior aborrecimento a esperança transforma-se e dá lugar à sua entrega, ao deixar-se ir, ao pensar apenas na sua partida, “até que Deus a leve”. Refere também o entrevistado do oitavo depoimento (E8), que não desanima com a situação, porque está esperançado que quando chegar ao fim da quimioterapia começará a melhorar e a fazer uma vida semelhante à que tinha antes da doença. A esperança tem de possuir um objetivo, “ (...) Por vezes, é necessário transformar um objetivo final (provavelmente irrealista) numa série de mini- objetivos (mais realistas) ” (Twycross, 2003:33), pois a esperança pode ser mantida e ajustada através do estabelecimento, de objetivos realistas, da ajuda para os atingir e no apoio à consecução de novas metas traçadas pelo doente. (Kubler-Ross, 1994: 154), acrescenta que “quem está fora do alcance da ajuda médica merece maiores cuidados do que aqueles que ainda podem esperar”. Apesar de, por vezes, a esperança do doente possa parecer irrealista aos olhos dos profissionais, há que apoiar sempre essa mesma esperança, ajudando o doente a concretizar as suas metas, pois “desistir de um doente pode fazer com que ele se entregue; nesse caso, qualquer ajuda médica posterior poderia chegar tarde demais, não encontrando o doente em condições ou com o espírito pronto para tentar mais uma vez.”

(Kubler-Ross, 1994:154). No estudo realizado por (Buckley e Herth, 2004:41), verifica-se que “a esperança permanece, nas pessoas em cuidados paliativos, e se esta desaparece, aumenta a dor psicológica e o sofrimento.” O mesmo estudo revelou que “existem sete categorias que promovem a esperança: amor pelas pessoas significativas, espiritualidade, relações positivas com os profissionais de saúde, humor, características pessoais, delinear objetivos concretizáveis e recordações positivas, (...)”. Da mesma forma, o estudo mostra três categorias limitativas da esperança, desde “abandono, dor incontrolável e despersonalização dos cuidados.” É a esperança que mantém estes doentes, com dor crónica do foro oncológico, que lhes permite pensar, em alguns momentos, “ (...) de que tudo isto não passe de um pesadelo irreal; de que acorde uma manhã com a notícia de que os médicos estão prontos para tentar um novo medicamento que parece promissor (...) ” (Kubler-Ross, 1994:152). Assim ocorre com os entrevistados do estudo, da mesma forma, o participante do estudo do nono depoimento (E9), salienta que manifesta esperança e força interior através da confiança que deposita nos médicos e nos tratamentos prescritos. Acrescenta ser otimista, pois já passou por diversas situações difíceis e sempre as resolveu, sendo esta mais uma etapa que espera vencer e é aí que vai buscar a sua força. A mesma autora realça, que esta forma de pensar proporciona aos doentes “ (...) um senso de missão especial, que os ajuda a erguer o ânimo e faz com se submetam a exames e mais exames, quando tudo se torna penoso: de certo modo, para uns é uma racionalização de seus sofrimentos; para outros continua sendo uma forma de negação temporária, mas necessária.” A esperança é percebida como uma força interior e dinâmica, capaz de impulsionar o pensamento positivo e vencer o novo objetivo traçado pelo doente. Os entrevistados também verbalizam sobre a importância da força interior e do pensamento positivo no seu dia-a-dia. A participante do estudo do terceiro depoimento (E3), refere que luta todos os dias porque tem que ter força, tem que lutar para continuar a viver, pois ainda não quer morrer. Refere ainda que apesar de não ter filhos, tem cinco sobrinhos e gostava muito de os ver crescer e de os acompanhar por mais tempo. Acrescenta que essa é a sua força e que é a ela que se “agarra” quotidianamente. Confessa a mesma, que procura ter um pensamento positivo e escreve várias folhas com a frase “estou curada” que espalha pela sua casa e pela casa da sua mãe, referindo ser uma forma de interiorizar o que na verdade deseja. Acrescenta também, que tudo se passa na cabeça das pessoas e daí que “pensar positivo” ajuda o dia-a-dia, não só com a doença mas com tudo o que rodeia a pessoa e

preenche a sua vida. Também a entrevistada do décimo depoimento (E10), refere ter esperança de que vai conseguir ultrapassar a situação. Refere que a sua esperança assenta também no facto de ter duas cunhadas que, há dez anos, passaram por uma situação semelhante e conseguiram vencer, tendo uma delas já feito reconstrução da mama. Confessa que estes exemplos acabam por lhe conferir ânimo, ao saber que aquelas pessoas também ultrapassaram a situação e estão cá... continuam vivas. Acrescenta a mesma, que sente força interior e que tenta fazer as coisas em casa calmamente, pois não quer parar, afirma que tem pensamento positivo e que quer ultrapassar a situação. A esperança do doente mantém-se sempre, mas transforma-se à medida que a situação de doença avança e que as suas limitações progridem, sendo o próprio doente a traçar objetivos mais limitados, ou seja, adaptados às suas possibilidades reais. Assim é descrito pela entrevistada do sétimo depoimento (E7), ao referir que encontra a esperança e a força interior ao “agarrar-se” à sua filha e ao neto. No entanto, quando soube que os primeiros tratamentos não resultaram sofreu um outro choque, que se assemelhou a terem-lhe dito que tinha outro cancro. Nessa altura, a esperança transformou-se e há momentos em que está sempre a pensar nesse insucesso. Tal como nos diz (Benito, Barbero e Payás, 2008:154), “no percurso da doença, é frequente assistir a uma transformação gradual da esperança e, em alguns casos, a uma transformação na qualidade da mesma.” Na proximidade da morte a esperança dos doentes “tende a focar-se mais no ser do que no conquistar; (...)” (Twycross, 2003:34). A esperança remete para a existência de uma força interior, trata-se de uma necessidade espiritual direcionada para uma nova consciência e enriquecimento do ser, pois “podemos mudar a esperança de viver mas pela esperança de viver de uma forma mais valiosa” (Benito, Barbero e Payás, 2008: 156). De acordo com (Bermejo, 1999:59), o enfermeiro,

“sente-se chamado a ser homem de esperança numa encruzilhada de sofrimento e obscuridade, uma esperança que permite olhar mais além da satisfação dos desejos imediatos, inclusive para além da dor e da morte, quando a visão antropológica não fica no final definitivo com a morte, e quando o doente manifesta uma visão transcendente.”

A fé é percecionada ligada á esperança. O sentido da fé em estreita ligação com o transcendente ou o divino, baseia-se numa crença transcendental ou no divino e tem por base o acreditar e o partilhar, o que permite dar sentido à vida e proporcionar que a pessoa

não se sintam só. O estudo realizado por (Espíndula, 2009:3), diz-nos que “os doentes que têm uma crença mostram-se mais confiantes para lutar contra a doença”, Acrescenta a mesma autora que os profissionais de saúde, que participaram no estudo, ressaltam a importância da fé na melhoria dos doentes, pois “a fé ajuda a superar um problema grave. (...) É um bom fármaco contra a ansiedade e a depressão, (...) o sistema imunológico desses indivíduos aparenta ser mais resistente, e talvez por isso eles apresentem uma recuperação mais satisfatória” Num outro estudo a ciência biológica diz-nos que “a fé é o resultado da interconexão de diversas regiões cerebrais. Foi demonstrado que orações repetidas diminuem os batimentos cardíacos e o ritmo da respiração, baixam a pressão sanguínea e reduzem a velocidade das ondas cerebrais, fortalecendo as defesas à medida que acalmam a mente.” (Madruga, 2005:2). A explicação pode estar em que nos momentos de oração, momentos agradáveis para as pessoas que os praticam, “nessas horas, o organismo secreta a serotonina, que é conhecida como o hormônio da felicidade.” (Madruga, 2005:2). Acreditamos que perante os factos, a fé e a ciência podem relacionar-se e completar-se, pois não importa a religião mas sim a fé de cada pessoa. A fé baseada numa crença transcendental ou no divino tende a contribuir para a recuperação dos doentes. Para a pessoa com dor crónica do foro oncológico, ter fé significa acreditar em algo de positivo, significa entregar-se, deixar fluir e ter pensamento positivo. Neste sentido, também (Trevisan, 2011:12) afirma que,

“para a ciência, a fé é uma lei universal segundo a qual ao pensamento se segue a reacção; à reacção se segue a acção; e à acção se segue a materialização. Tudo o que a mente consciente aceita como verdade a mente subconsciente realiza. Dessa premissa nasce a lei da atracção, ou seja, a lei segundo a qual cada um colhe o que semeia; a lei da causa e do efeito, a lei de que o semelhante atrai o semelhante.”

Por outro lado, a pessoa com dor crónica do foro oncológico com fé, partilha o seu sofrimento, a angústia, a ansiedade, a sua dor. Esta partilha ajuda a minimizar estes sentimentos, devolve o ânimo e a confiança à pessoa doente. Assim se verifica com os sujeitos do estudo. A entrevistada do sexto depoimento (E6), salienta ser uma pessoa de fé. Refere que vai regularmente à igreja e pede a Deus que a ajude na situação que está a viver. A participante do estudo da sétima entrevista (E7), acrescenta ter fé em Nossa Senhora de Fátima e que está sempre a pedir a sua ajuda. Da mesma forma, o entrevistado do oitavo depoimento (E8), refere ser uma pessoa de fé, sendo a sua fé que o vai orientando. Tem fé que chegue ao fim dos tratamentos e que fique melhor, para poder fazer

a sua vida como fazia até aqui. O sujeito do estudo da nona entrevista (E9), refere também ter fé em Deus, salientando que a fé o ajudou a superar muitas situações difíceis na sua vida. Acrescenta o mesmo, que atualmente a situação de doença experienciada fê-lo agarrar-se cada vez mais à fé, verbalizando que “põe tudo na mão de Deus“. Acreditar e partilhar é fundamental para minimizar ou resolver os problemas, pois “um dos grandes poderes da fé pode estar nessa força de um indivíduo apoiando o outro” (Espíndula, 2009:4). Apesar do sofrimento é possível acreditar em algo, percebendo que as razões que levam a esse acreditar não estão relacionadas com a necessidade em explicar o porquê do seu sofrimento, mas sim com a necessidade de transcender o sofrimento. Neste contexto, no que respeita à fé, a participante do estudo da terceira entrevista (E3), refere que tem fé em Deus, percecionando a fé ligada à esperança. Acredita que Deus pode ajudá-la a ultrapassar tudo isto, ou acompanhá-la até ao fim, conforme ele desejar. Verbaliza também, que aceita o que Deus tiver para ela, mas salienta que ainda é cedo para partir. Acrescenta a mesma, que acompanhou muitos doentes na sua partida, o que lhe permitiu verificar que os que não acreditavam em Deus, que não tinham qualquer crença, tinham uma morte em aflição. Os que rezavam, os que se entregavam á ajuda de Deus tinham uma morte muito mais serena e tranquila. No entanto, a fé não é sentida da mesma forma por todos os entrevistados, pois a participante do estudo do quarto depoimento (E4), refere não ter fé nos Santos, por se achar muito jovem para todo o sofrimento que está a passar. Da mesma forma, a entrevistada do décimo depoimento (E10), salienta o facto de não ter fé cristã, por tudo o que lhe tem acontecido, e acha que está esquecida por Deus e pelos Santos.

Acompanhar os doentes na esperança e na fé requer proximidade do doente com o objetivo de o consolar, de o compreender, de caminhar a seu lado e servir-lhe de apoio, desenvolvendo atitudes próprias da relação de ajuda e interiorizando as mesmas, através da palavra e da linguagem não-verbal: a nossa presença silenciosa e eloquente, a nossa postura, a proximidade interior, o toque, o olhar, ou seja, a poderosa linguagem dos gestos. A ternura dos gestos, a proximidade, o tocar, têm um papel importante, pois proporciona, estima e dignidade. Esta linguagem do corpo é tanto mais importante quando as palavras deixam de poder ser ditas. As atitudes de relação de ajuda envolvem a aceitação incondicional da pessoa doente, a escuta ativa, a empatia, ou capacidade de entrar no mundo interior do outro, a compreensão e a autenticidade na relação. A competência

relacional, isto é, a arte de se relacionar com a pessoa doente, acompanhando-a na esperança e na fé, envolve o campo do saber-saber, ou seja os conhecimentos teóricos, a formação; o campo do saber fazer, que se relaciona com as técnicas próprias da relação de ajuda e o campo do saber ser e saber estar, que envolve as disposições interiores e atitudes. Neste contexto, (Bermejo, 2001:44) faz referência à importância de que,

“com grande humildade, como que em bicos de pés, podemos abeirar-nos do que sofre, não para lhe dar boas razões ou conselhos, sobre como deve interpretar ou viver a sua própria doença, mas para caminhar juntos e, acima de tudo, compreender e transmitir compreensão do seu mundo interior, do impacto que a doença tem sobre a pessoa”

No tema 5, **A ambiguidade da solicitude, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico**, destacam-se os subtemas: “Apoio da família” e “Presença dos profissionais de saúde”.

O Dasein enquanto “ser-com” está em constante contacto com outros entes, e é desta relação que surge o cuidado. De acordo com (Heidegger,1989), o cuidado é um modo de proceder com os entes envolventes no mundo. Neste sentido, o cuidado como estrutura fundamental do ser-aí, assume a forma de solicitude que consiste no relacionar-se com alguém, com um outro, de maneira envolvente e significativa, tendo como pressupostos a consideração e a paciência para com o existir do outro. A solicitude pode ser expressa de duas formas, assim refere (Heidegger,1989), uma que consiste em retirar o cuidado do outro e substituí-lo nas ocupações (estar junto-a), ou seja, fazer por ele, mimá-lo, manipulá-lo ainda que de forma sutil, e outra em que se pode devolver o cuidado à pessoa cuidada, como uma possibilidade existencial de ser, isto é sem lhe retirar o cuidado (ser-com), possibilitando à pessoa cuidada assumir os seus próprios caminhos, ainda que com o apoio desse alguém que lhe é solícito. Podemos dizer que o primeiro modo de cuidar corresponde ao cuidado dominador, onde tudo é feito pelo outro, o segundo refere-se ao cuidado que dá condições ao outro de crescer e assumir o seu próprio caminho. Desta forma, o cuidado, considerado como essência da existência humana é, portanto, essencial na prática de Enfermagem e o mesmo é oferecido à pessoa com dor crónica do foro oncológico, quer pelos enfermeiros, quer pelos familiares. As famílias são profundamente afetadas pela doença aguda e crónica de um dos seus membros, sendo a doença oncológica uma das situações vividas com maior envolvimento pela família do doente. Dado que a

vida do doente muda de um estado de saúde para um estado de doença, tudo é alterado desde as atividades do dia-a-dia, aos papéis dentro da família, às relações com os familiares e amigos e até o significado da vida ganha outra dimensão perante a doença oncológica. Segundo (Pereira e Lopes, 2002:71), “nalgumas famílias, a doença oncológica aproxima a família, noutras separa-a, mas nenhuma consegue ficar indiferente face à experiência de cancro.” O doente e a família lutam não apenas com o presente, com a doença oncológica, mas também com a possibilidade de transcender a mesma. Para (Pacheco, 2002:137) “os mecanismos de defesa e adaptação familiar estão em grande parte relacionados com o tipo de relação que mantinham com o doente.” À medida que a doença avança a família preocupa-se não só com a debilidade física do doente mas também com a evolução da situação até à fase terminal do doente. A situação de debilidade física conduz o doente à perda de papéis dentro da família, que a mesma começa a assumir, causando no doente sentimentos de impotência, tristeza e incapacidade. Assim verbalizam os entrevistados, no que respeita ao apoio da família. A participante do estudo do primeiro depoimento (E1) refere que o marido já tem uma certa idade, mas consegue substituí-la nalgumas tarefas. O filho, apesar de estar empregado, ajuda-a em muitas coisas, mas não pode ser em tudo. A filha é viúva, tem dois filhos e trabalha, logo a ajuda que lhe pode dar é pouca. No sexto depoimento (E6) a entrevistada, verbaliza que sente muito apoio da sua família, pois o marido ajuda-a nas tarefas da casa, aquelas que ela não consegue fazer, como por exemplo estender a roupa. Também a participante do estudo do décimo depoimento (E10), faz ainda referência ao apoio da família, mencionando que é a filha ou o marido que executam as tarefas domésticas, as que é incapaz de fazer. Por outro lado o doente sente-se diferente de outros, devido a uma preocupação e atenção diferenciadas, manifestadas pela família, mas, ao mesmo tempo, reconhece que todo o comportamento da família para com ele é por amor e para ajudá-lo, causando no doente uma ambiguidade de sentimentos. Neste contexto, o entrevistado do segundo depoimento (E2), verbaliza que sente que o olham de forma diferente, que é alvo de uma atenção diferente porque está doente. Acrescenta o mesmo, que apesar de saber que a intenção dos familiares é de ajuda, sente-se diferente com os cuidados que agora lhe são dirigidos. Da mesma forma, a participante do estudo do sétimo depoimento (E7), sente que a família a trata de forma diferente e apesar de saber que é com amor, mas há uma preocupação maior, sente que é diferente. A família vivencia o processo de adaptação à situação de doença, assim como o

doente, tem de se ajustar e desenvolver estratégias de adaptação à sua situação. Segundo (Pereira e Lopes, 2002:84) os familiares do doente em fim de vida, do ponto de vista psicológico, “passam por fases semelhantes às do doente (...) estão em sofrimento pela perda iminente, estão fragilizados e sofrem com a angústia da separação. Esta última está associada a muita ansiedade, desespero e desequilíbrio emocional” As perturbações emocionais surgem à medida que os valores da família, objetivos e papéis se vão alterando, ocorrem os sentimentos de perda e a dificuldade em assumir novos papéis e estabelecer novos objetivos que possam dar resposta às alterações da vida familiar. A família é sem dúvida um fator essencial na manutenção da esperança do doente, oferecendo apoio aos vários níveis e consequentemente contribuindo para o seu bem-estar e equilíbrio nas várias dimensões. Neste contexto o entrevistado do segundo depoimento (E2), salienta que o facto de estar sozinho em casa, leva a que pense mais na doença, e nesse sentido, refere que a família o tem ajudado muito. A participante do estudo do terceiro depoimento (E3), destaca que é da família que vem a maior força. Além do apoio dado pelo seu companheiro, salienta que a maior força vem sobretudo da sua mãe, que a ajudou e continua a ajudar muito, inculcando-lhe a coragem de que necessita. Na sétima entrevista (E7), a participante do estudo verbaliza também que o marido e a filha lhes dão muita força e tentam animá-la assegurando-lhe que os tratamentos vão resultar. Salienta que tem sido muito importante sentir o apoio da sua filha e do seu marido. O entrevistado do oitavo depoimento (E8), menciona sentir o apoio da sua família, salientando que lhe dá muito apoio. Dá especial ênfase à filha mais velha que o tem acompanhado para todo o lado, referindo que a mesma tem sido incansável. No nono depoimento (E9), o entrevistado indica também ter o apoio da sua família, da esposa, do filho e das filhas. Salienta que adora os laços familiares, pois sempre os preservou, mas na situação em que se encontra descobriu que, de facto, há laços muito fortes. Ainda quanto ao apoio da família, a entrevistada do décimo depoimento (E10), verbaliza o apoio que as suas cunhadas lhe deram, pois o facto de já terem passado pela mesma situação, ajudou-a a compreender que tinha ali alguém que sabia o que estava a sentir. Sentiu ainda apoio dos irmãos, que todas as semanas iam visitá-la à sua casa. Salienta o apoio, o acompanhamento e a coragem da sua filha, pois esteve sempre ao seu lado desde a cirurgia e acreditou sempre na recuperação da mãe e tem-lhe dado muita força. No estudo de (Querido, 2005:166), os sujeitos do estudo referem-se ao apoio da família como “um aspeto positivo, que sentiram

durante o processo de vivência da doença e da quimioterapia, e que relacionam com uma ajuda no sentido de manter a esperança.” Os entrevistados reconhecem, sem dúvida, a importância do apoio que a família lhes oferece, daí que, em muitas situações, procuram esconder da família os seus sintomas, a dor e o sofrimento inerente à sua situação, no sentido de não preocupar os familiares, como referem os entrevistados. O entrevistado do nono depoimento (E9), confessa que procura esconder da família qualquer alteração que sinta, para não os preocupar, preservando-os do seu sofrimento. Neste contexto, também a entrevistada do sexto depoimento (E6), refere que costuma poupar a família às preocupações relacionadas com a sua doença, verbalizando que nem sempre o marido sabe se está com dores e nunca chora na frente dele. Da mesma forma, nunca se queixa à filha, refere sempre que está tudo bem, reforça que é para dar força à família. Perante a adversidade da doença oncológica, a pessoa com dor crónica do foro oncológico torna-se mais sensível, mais atenta aos pormenores, aos pequenos gestos, às atitudes e valores humanos dos que a rodeiam, nomeadamente familiares e profissionais de saúde. Assim sendo, também alguns dos entrevistados revelam a falta de apoio por parte dos familiares, pois a participante do estudo do quarto depoimento (E4), aponta não sentir apoio por parte do marido para ficar com o filho mais novo, durante os tratamentos. Verbaliza que o mesmo se refugia muitas das vezes no café, não deixando de fazer a sua vida. Adianta que a filha mais velha também trabalha, o filho mais novo e a do meio estudam, ficando sozinha com todas as tarefas a seu cargo.

Desta forma, os cuidados a estes doentes devem ser tidos em atenção, pois torna-se imprescindível conseguir adequar os conhecimentos globais para uma pessoa em particular, já que a arte do profissional de saúde “é a que lhe permite apoiar-se em conhecimentos estabelecidos para as pessoas em geral com vista a apropriar-se deles para prestar cuidados a uma pessoa única.” (Hesbeen, 2000:38). Esta perspetiva é reforçada por (Hesbeen, 2000:37), ao afirmar que “cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular.” Os conhecimentos científicos estabelecidos para as pessoas em geral, úteis à prática dos profissionais de saúde, não podem substituir-se à prática do cuidar, que diz respeito não às pessoas em geral mas a uma pessoa única. (Saint-Exupéry, 2004:70), mostra o caminho para se conhecer, para se

relacionar, cativar o outro de forma envolvente e significativa, ou seja, criar laços entre o profissional de saúde e a pessoa doente, assim refere, “tens de ter muita paciência. Primeiro, sentas-te longe de mim, (...). Eu olho para ti pelo canto do olho e tu não dizes nada. A linguagem é uma fonte de mal-entendidos. Mas podes-te sentar cada dia um bocadinho mais perto...” Criar laços significa o esforço para a entrega ao outro, na relação que com ele se estabelece, tendo por base a consideração e a paciência para com o existir do outro, tornando esses momentos únicos. Neste contexto, é também necessário estabelecer rituais, assim refere o mesmo autor,

“era melhor teres vindo à mesma hora (...). Por exemplo, se vieres às quatro horas, às três, já eu começo a estar feliz. E quanto mais perto for da hora, mais feliz me sinto. Às quatro em ponto hei-de estar toda agitada e toda inquieta: fico a conhecer o preço da felicidade! Mas se chegares a uma hora qualquer, eu nunca vou saber a que horas hei-de começar a arranjar o meu coração, a vesti-lo, a pô-lo bonito... Precisamos de rituais.”

Quando o enfermeiro se responsabiliza pelos doentes, quando se preocupa, quando cria laços, quando cuida, são estabelecidos rituais, ou seja, é possível tornar um dia diferente dos outros dias e uma hora diferente das outras horas. Podemos dizer que o cuidado, como estrutura fundamental do Ser-aí, assume a forma de solicitude sendo “algo, muitas vezes invisível. Cuidar ou tomar conta de alguém, crer nele, reforçar as suas competências, permitir-lhe reganhar esperança, estando sempre presente, são ações invisíveis...” (Kérouac, 1994:77). No cuidar, “a relação empática que se estabelece com o outro é a forma mais nobre de cuidar, e muitas vezes não é mais que uma mensagem não-verbal, expressada frequentemente pela linguagem transparente do corpo; gestos, postura, tom de voz, toque e expressões faciais” (Real, 2000:16). O essencial do cuidar encontra-se expresso na frase de (Watson, 1988:50), quando nos diz que o cuidado de enfermagem “pode ser e é, físico, processual, objetivo e real, mas no mais alto nível de enfermagem, as respostas do cuidado humano dos enfermeiros na relação transcendem o mundo físico e material, presas no tempo e no espaço, e fazem contato com o mundo emocional e subjetivo da pessoa.” O tempo é algo muito subjetivo, que é sentido e vivido por cada pessoa, de forma diferente, de acordo com as suas expectativas. Assim nos diz (Pereira, 1998:83), “em vez da conformação do tempo na natureza – tempo objetivo – o tempo subjetivo é determinado por forças dinâmicas do psiquismo, e é pessoal e experiencial.” Neste contexto podemos dizer que o tempo para cuidar “não é só o tempo passível de ser medido, (...); o tempo é também comunicação, e para comunicar não basta tempo real, é

necessário acima de tudo o desenvolvimento de uma sensibilidade que nos permita estar atento ao mundo interior do outro e compreendê-lo” (Real, 2000:17).

Nesta perspetiva, no estudo realizado por (Nobre, 2008a:138), os enfermeiros referem que,

“não é a quantidade de tempo para estar com o doente o mais importante, mas sim a qualidade do tempo enquanto se está com o doente, ou seja, a capacidade de escuta, a entrega, a disponibilidade que se deposita no momento em que se está com o doente, pode ser apenas um minuto, o importante é fazer sentir ao doente que ele é importante para aquele que o cuida.”

No que respeita à presença dos profissionais de saúde, os entrevistados, referem a sua importância. A entrevistada do primeiro depoimento (E1), salienta que o apoio, a atenção das enfermeiras e do médico, ajudam muito a acalmar, muitas das vezes até as dores. Da mesma forma, a entrevistada do sexto depoimento (E6), destaca a disponibilidade, simpatia e atenção tanto das enfermeiras como dos médicos. O participante do estudo da nona entrevista (E9), realça que o médico tem sido praticamente um aliado na sua doença, pois vai ao pormenor, explica, interessa-se e conquistou a sua confiança, para fazer o que seja necessário em termos de tratamentos. Acrescenta o mesmo, que os médicos por vezes também ficam bloqueados e muitas das vezes não sabem lidar com a dor, com a situação e é importante sentirem confiança por parte do doente. Nas situações de sofrimento, nas vivências emocionais muito fortes, as palavras não são necessárias e devem dar lugar ao toque, à disponibilidade interior, à presença, ao olhar, sendo aí que reside a diferença, nos pequenos grandes momentos, nos pequenos gestos para além dos fármacos. A disponibilidade, a proximidade, a capacidade de escuta, o olhar, o toque, o sorriso e, sobretudo, “o não esconder as nossas próprias emoções fazem parte de um gradiente do cuidar, onde o conceito de tempo submerge na ação. (...) Só através do desenvolvimento dos próprios sentimentos alguém pode realmente, e de modo sensível, interagir com os outros; quando apuramos a nossa sensibilidade, tornamo-nos mais autênticos” (Real, 2000:17). O enfermeiro é o elemento da equipa de saúde que mantém uma relação mais próxima com o doente e a família, porque permanece nos serviços durante um período mais longo, passa mais tempo com o doente e família e presta cuidados mais diretos. Desta forma possui uma posição privilegiada, que o torna o melhor conhecedor do doente como pessoa, do seu contexto familiar, económico, sociocultural, dos seus desejos e da sua esperança, o que lhe possibilita a identificação de necessidades específicas e a obtenção das respostas mais adequadas às mesmas. Neste contexto, podemos ainda dizer que é também o cuidar que promove o crescimento interior do enfermeiro, isto é, da pessoa que

cuida, pois quando o doente se entrega totalmente nas suas mãos, o enfermeiro, sendo a pessoa que melhor conhece o doente, também tem de fazer a sua entrega, ou seja, envolver-se nas necessidades da pessoa doente que confia em si.

No tema 6, **A aprendizagem, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico**, destacam-se os subtemas: “Valorizar o ser “ e “Aprender com a doença”

A pessoa com dor crónica do foro oncológico é uma pessoa viva, com uma história, com desejos, com esperança, capaz de ultrapassar a dimensão do “ter”, do “fazer”, distinguindo e valorizando o “ser”. O “ter” é o que se agrega á pessoa, é a verdade aparente, o disfarce, a exibição de posses materiais e simbólicas, como títulos e cargos. O “ser” é o que constitui a pessoa, manifesta-se na qualidade das suas relações, na justiça, lealdade e solidariedade que a pessoa realiza. Na situação de doença o “ter” e o “fazer”, deixam de ser importantes, apenas o “ser” assume relevo, nas várias dimensões: física, psicológica, social e espiritual. O ser é a maneira como algo se torna presente, manifesto, percebido e conhecido para o ser humano, designado por ele como um ser-aí. O Dasein, ou seja, o ser-aí, é um ser-no-mundo e ser-no-mundo refere-se também a ser com os outros, pois há a existência de um outro ser-em-comum, não sendo possível a sua conceção como um ser isolado. O Dasein, enquanto ser-no-mundo, é um ser lançado no mundo. Há dois modos de estar-no-mundo, e que consistem na existência autêntica que é um modo próprio de ser, em que o Dasein “ (...) pretende libertar-se do anonimato e da impessoalidade” (Duarte e Rocha, 2011:363). As mesmas autoras referem também a existência inautêntica, sendo a mesma caracterizada como um modo impróprio de ser, neste modo de existência “ (...) o homem evita toda a responsabilidade pessoal, (...) perde-se no meio do todo, torna-se anônimo e impróprio.” Na pessoa com dor crónica do foro oncológico, tendo por base a ontologia existencial de Heidegger, podemos compreender alguns aspetos da existência destas pessoas, pois são seres lançados no mundo, com outros seres-em-comum, no qual convivem e compartilham experiências. A pessoa com dor crónica do foro oncológico é afetada nas várias dimensões: física, psicológica, social e espiritual. A dimensão espiritual é muitas vezes esquecida, confere oportunidade de crescimento e de ser pessoa, assumindo uma importância maior e sendo fortemente notada perante as adversidades da vida, nomeadamente o sofrimento, a morte, o vazio existencial e o sentido da vida. No que

respeita ao subtema: “Valorizar o ser”, a participante do estudo do terceiro depoimento (E3), refere-se à importância do ser que é e de viver um dia de cada vez, salientando que o facto de hoje se sentir bem, não significa que aconteça o mesmo amanhã. Pode ter uma dor mais forte que a impossibilite, pode não conseguir levantar-se, pelo que prefere viver um dia de cada vez. Salienta a mesma, que já se habituou a viver desta forma e deixou de fazer planos e projetos. Deixou também de valorizar os bens materiais e passou a sentir-se melhor quando dá aos outros. Salienta ainda, que passou a dar mais importância ao ser que é e ao estar com os outros. Acrescenta que é importante dar aos outros, para recebermos também. Considera fundamental dar e receber amor. Da mesma forma, o entrevistado do nono depoimento (E9), refere-se à importância do ser que é, pois gosta de dar um sorriso e de colaborar com as pessoas que sofrem. A sua colaboração, não consiste em dar dinheiro, ou qualquer outro bem material, passa precisamente por ajudar com afeto e carinho quem necessita. Acrescenta o mesmo, que, muitas das vezes, não é o sentido material das coisas que mais interessa, mas sim o afeto, as palavras ou um gesto, que representam mais do que qualquer bem material. Porque a pessoa está carenciada, muitas das vezes, não é de bens materiais, mas sim de afeto e de atenção. Reforça ainda, que o afeto é de extrema importância, pois a pessoa percebe que foi lembrada. Salienta também, que atualmente há muito egoísmo, as pessoas estão muito fechadas e então o afeto não custa nada e a pessoa ao dar também recebe. De acordo com (Robles, 1990:59), a espiritualidade “é uma dimensão constitutiva do ser humano. Refere-se á chamada interna de toda a pessoa a orientar e a crescer na sua vida mediante transformações internas permanentes, em busca da plenitude, da felicidade”. Acrescenta a mesma autora, que a espiritualidade é também “uma dimensão de profundidade e portanto exige o contacto com ela. Ainda que pertencesse à intimidade do ser humano, atravessa toda a realidade da pessoa, de dentro para fora, enchendo a vida de luz e de sentido.” A dimensão espiritual envolve as opções fundamentais da vida, a visão global da vida, ou seja, o sentido da vida: especialmente as grandes perguntas e respostas sobre o sentido da vida, da morte, do sofrimento, da alegria, do trabalho, das opções que se tomam na vida, no fundo, o sentido das realidades que dão peso específico à vida. A espiritualidade é uma dimensão humana que por vezes é confundida com a religiosidade, todavia as duas palavras não são sinónimas. Sendo a espiritualidade “um atributo de qualquer pessoa que se questione perante a simples realidade de existir, enquanto a religião representa a forma como a humanidade tentou dar

sentido a essas questões, nomeadamente através da utilização de um determinado conjunto de práticas e de crenças institucionalizadas” (Pestana, Estevens e Conboy, 2007:136). Podemos dizer que a dimensão religiosa da pessoa envolve a vivência das suas relações com um Deus e expressa a sua fé como crente. A dimensão espiritual é mais vasta, abrangendo, o mundo dos valores e a pergunta pelo sentido último das coisas, pelo sentido da vida e da morte, bem como das experiências. Podemos dizer que a dimensão espiritual envolve em parte a dimensão religiosa, mas a espiritualidade da pessoa não exige iniludivelmente a fé numa religião, pois a espiritualidade “existe para além de qualquer religião, (...) é acima de tudo algo que tem a ver com a essência do homem.” (Hennezel e Leloup, 1998:19). Há pessoas que não têm nenhuma religião, mas possuem uma plena vida espiritual, já que a espiritualidade “é independente da experiência religiosa. Pertence a todos os homens, É inerente ao humano.” (Hennezel e Leloup, 1998:21). A espiritualidade envolve “o conjunto de aspirações, valores e crenças capazes de organizar um projeto unitário da vida do homem, causando determinados comportamentos. Desta plataforma de interrogações existenciais, princípios e valores partem caminhos que levam a elevadas metas de espírito.” (Brusco, 2002:37). Desta forma a espiritualidade está assim relacionada “com uma atitude, uma ação interna, uma ampliação da consciência, um contacto do indivíduo com sentimentos e pensamentos superiores e no fortalecimento e amadurecimento que esse contacto poderá trazer para a sua personalidade.” (Pestana, Estevens e Conboy, 2007:136). No estudo realizado por (Gibson e Parker, 2003:58), concluiu-se que “a espiritualidade conjuntamente com a esperança apresentava os maiores índices de bem-estar psicológico, quando comparados com outras medidas isoladas.” A dimensão espiritual, assim como outras dimensões, requer que seja cuidada, educada e atendida devidamente, através do diagnóstico das suas necessidades e da satisfação das mesmas, nomeadamente na pessoa doente. (Bermejo, 1999:37) acrescenta algumas das necessidades, na pessoa doente, no campo espiritual, sendo que uma envolve a “angústia e as perguntas difíceis”. Com frequência, surgem sentimentos de culpa no doente que lhe desencadeiam sentimentos de angústia. O doente acusa-se a si próprio e autocondena-se. O mesmo autor salienta que “o saber acompanhar a angústia significa, sobretudo, dar espaço à formulação do impacto cognitivo e emotivo que a proximidade da morte produz. Trata-se de estar aberto ao diálogo e facilitar a drenagem emocional.” Outra necessidade espiritual, referida pelo mesmo autor, é a “questão do sentido e a valorização pessoal da morte”.

Assim, é fundamental o acompanhamento, a ajuda ao doente na identificação e na descoberta de novos valores que surgem face à sua situação de doença. “Descobrir novos valores, ver a vida como um mistério, viver o sofrimento como ocasião para amadurecer, apesar do mesmo, podem ser pontos de luz que, podem marcar uma rota para viver a situação de proximidade da morte” (Bermejo, 1999:39). Ainda o mesmo autor acrescenta que também surge no doente a necessidade de “Reconciliação com a própria vida”. É comum a pessoa, perante a situação de doença, tomar consciência do seu passado, olhar para trás, fazer um balanço e refletir sobre o que fez e o que não fez. Costuma dizer-se que o modo de morrer depende um pouco do modo como se vive, ou seja, “do que a pessoa sente que conseguiu fazer na sua vida: uma vida plena e sensata ou uma vida vazia e sem sentido” (Bermejo, 1999:40).

No que respeita ao subtema: “Aprender com a doença”, compreendemos que ajudar a pessoa com dor crónica do foro oncológico a nível espiritual é uma arte, passa pelo desenvolvimento de atitudes de ajuda, como a empatia, a aceitação incondicional, a disponibilidade interior, a capacidade de escuta, e a autenticidade, atendendo a mesma como ser holístico, pois “minorar o sofrimento humano (...), promover a dignidade e combater o desespero passa por fomentar a espiritualidade, naquilo que de mais sublime e intrínseco define a condição humana.” (Neto, 2004:31). Como já foi referido, para ajudar a pessoa com dor crónica do foro oncológico, do ponto de vista espiritual, a escuta ativa é fundamental para compreender a mesma na sua globalidade, uma vez que escutar não é só ouvir, pois a escuta integral envolve “ouvir com os nossos ouvidos, mas em primeiro lugar, e sobretudo, escutar com todo o nosso ser” (Lazure, 1994:16). Para além da capacidade de escuta, a atitude empática, a disponibilidade para com o doente, ajuda-o a verbalizar as suas vivências, as suas perdas e a sua vida. A verbalização e a partilha do seu sofrimento ajuda o doente a perdoar-se a si mesmo e ao mesmo tempo poder perdoar os outros, isto é, fazer as pazes com o passado e com a própria vida. No fundo, ajuda a pessoa doente a encontrar o significado da espiritualidade, ou seja, o sentido da sabedoria, da paz interior de que necessita. Desta forma, acolher, acompanhar a dimensão espiritual do sofrimento da pessoa doente “é uma tarefa humana. (...). Trata-se de amor e de empenhamento. De ir ao encontro do outro, tão profundamente quanto possível, no cerne dos seus valores e das suas preocupações, a fim de lhe permitir encontrar a sua própria resposta íntima” (Hennezel e

Leloup, 1998:16). A pessoa com dor crónica do foro oncológico depara-se com a ausência de sentido da vida e o desalento, sendo que o sentido da vida só a satisfaz se conduzir à serenidade e à paz interior. Logo a procura do sentido da vida traduz-se na mudança do estado de espírito, sendo para isso necessário aprender com a doença. Tal como refere (Paldron, 2004b:85) os estudos mais recentes sobre a relação entre o corpo e o espírito revelam que “existe uma correspondência entre o funcionamento positivo ou negativo do espírito e do corpo. (...) As emoções negativas enfraquecem o sistema imunitário, pioram os sintomas e dificultam a recuperação. (...), As emoções positivas têm um efeito terapêutico e aumentam a imunidade.” As emoções negativas nascem do sofrimento e geram sofrimento, pois conduzem à agressividade, ao desacreditar, à revolta, à incapacidade de gerir situações. Por outro lado, “a importância excessiva que damos a nós próprios centra-nos em nós mesmos e torna insuportável qualquer contratempo ou inconveniente. Todos estes estados nos mergulham em pensamentos destrutivos, são causadores de sofrimento e agravam os sintomas físicos” (Paldron, 2004b:85). Neste contexto, acrescenta a mesma autora, que perante “situações adversas, será difícil encontrar um sentido e gerir a situação de forma positiva. O sofrimento resultante afeta-nos a nós e transborda inevitavelmente para os outros”. Mas, perante as emoções positivas a pessoa consegue encontrar o sentido positivo das adversidades, dos contratempos que surgem no dia-a-dia e tem confiança na sua capacidade para gerir as situações adversas. As emoções positivas permitem ainda que a pessoa não se centre unicamente em si própria, pois facilitam o envolvimento, a preocupação com os outros, a partilha e a vontade de ajudar o próximo. Refere ainda a autora acima citada, que “a compaixão humaniza-nos e abre-nos ao sofrimento alheio. Sentirmo-nos úteis aos outros dá naturalmente sentido à nossa vida.” Na situação de doença, o comportamento da pessoa que sofre, pode variar entre os extremos do egoísmo e do altruísmo, no entanto, “a base de entendimento consensual é geralmente a solidariedade. (...). Esta atitude é natural no ser humano, e permite transformar o sofrimento, dando-lhe um sentido altruísta. (...).” (Paldron, 2004a:143). Acrescenta a mesma autora, que quando “pensamos que chegámos ao limite das nossas forças, pode parecer estranho pensarmos em ajudar os outros. Geralmente, sentimos que precisávamos nós de ajuda (...)”, pois é difícil perceber como é que alguém numa situação difícil pode ajudar outra pessoa, no entanto, “por mais estranho que pareça, a única maneira de sair do impasse é pensar nos outros. (...). Assim, quando pensamos que chegámos ao

limite das nossas forças e não conseguimos dar mais um passo, a solução consiste em encontrar uma motivação altruísta.” (Paldron, 2004a:143-144). O melhor método para diminuir as emoções negativas é sem dúvida o altruísmo, pois a pessoa que centra o seu pensamento mais nos outros, do que em si própria, diminui a probabilidade de ter pensamentos negativos. Neste contexto e relativamente ao aprender com a doença, a entrevistada do sexto depoimento (E6), salienta que a sua situação a fez pensar que existem outras pessoas com sofrimentos maiores do que o seu, têm outras perdas maiores e é assim que se tenta conformar e animar. Acrescenta a mesma, que é a vida que ensina as pessoas, e que é com os problemas que se aprende a levantar a cabeça. Os pensamentos negativos surgem sem esforço, sendo apenas o resultado do hábito, pois o hábito adquirido resulta apenas da repetição e quanto mais for repetido mais natural ele se tornará. No entanto, “mesmo o hábito mais arraigado pode desaparecer e ser substituído por outro.” (Paldron, 2004b:86). Neste sentido as emoções positivas, que conduzem ao bem-estar e contribuem para dar sentido à vida, se não forem espontâneas podem ser desenvolvidas e substituir as negativas. Segundo a mesma autora, para cultivar as emoções positivas é necessário uma base e um método. “A base assenta em quatro pontos: o desejo de felicidade que todos os seres têm, a confiança na natureza humana, a confiança na vida e a confiança na nossa capacidade para gerir situações adversas.” Quanto ao “desejo de felicidade”, a pessoa que demonstra uma certa predisposição favorável relativamente aos que a rodeiam, facilita o seu relacionamento com os outros e ajuda-a a relativizar a sua situação, tanto no bem-estar como na adversidade. Podemos dizer que esta predisposição favorável em relação aos outros “é a base para a tolerância, a solidariedade e a compaixão, e é o ponto de partida para nos envolvermos numa ação de ajuda. (...), quando sentimos que somos úteis aos outros, a nossa vida ganha naturalmente sentido.” (Paldron, 2004b:88). Em relação à “confiança na natureza humana”, a mesma autora acrescenta, que apesar da humanidade se confrontar com muitas adversidades, também assiste a atitudes nobres de solidariedade, de ajuda, de altruísmo, pois “um estado de espírito saudável e equilibrado tende naturalmente para a bondade. Por isso, podemos dizer que a bondade está mais próxima da nossa natureza humana.” A “confiança na vida” baseia-se no otimismo, ou seja, na capacidade da pessoa interpretar tudo o que lhe acontece de forma positiva. Quando a pessoa não dá demasiada importância aos contratempos da vida e tem capacidade para se concentrar nos aspetos positivos que daí resultam para si ou para os outros, pode sentir-se

feliz apesar das adversidades. Neste sentido, no que respeita ao aprender com a doença, o entrevistado do nono depoimento (E9), salienta que a situação de doença o fez crescer e amadurecer, reconhecendo que esta “paragem forçada” nas rotinas do seu dia-a-dia, lhe permitiu perceber que de facto existe o outro lado, o lado bom, da família. Sente-se reconhecido pela atenção e apoio dados pela sua família, pois sabe que também deu tudo aquilo que tinha. Criou as suas irmãs tal como criou os seus filhos e sente-se feliz por isso. Refere que ainda hoje é uma referência para a família, da forma como os criou. Acrescenta que são os percalços na reta da vida que, às vezes, despertam e dizem: “há outros, há mais valores, há isto, há aquilo... a pessoa tem de ter um bocadinho de atenção, porque a vida se for vivida continuamente sem parar, não se lhe é dado o devido valor”. Salienta ainda, que às vezes é preciso a pessoa passar por estas situações para saber que alguém a ama, que alguém lhe quer bem, porque, às vezes, no dia-a-dia ao lidar com a família não se dá a devida atenção. Considera que está a descobrir que de facto é amado e não o sabia, pois adora os laços familiares, sempre os preservou, mas agora na sua situação descobriu que há laços muito fortes. Considera também, que a sua situação lhe permitiu uma certa calma na vida, trouxe-lhe mais relaxamento, conduzindo-o aos passeios e às caminhadas. Quando a pessoa descobre a sua força interior consegue desenvolver capacidades que até aí desconhecia. Podemos assim dizer que “ (...) as passagens difíceis da vida e todas as coisas supostamente negativas são as nossas maiores aliadas e, às vezes, as que mais contribuem para a nossa felicidade.” (Paldron, 2004b:89). A “confiança na nossa capacidade para gerir situações adversas”, acrescenta a mesma autora, pode ser trabalhada em cada pessoa, sendo que “a forma mais simples de cultivar a confiança consiste em pensarmos na forma como gerimos situações anteriores. (...) Também podemos cultivar a confiança inspirando-nos em exemplos alheios.” Assim nos refere ainda o entrevistado do nono depoimento (E9), ao verbalizar ser otimista, pois já passou por diversas situações difíceis e sempre as resolveu, sendo esta mais uma etapa que espera vencer e é aí que vai buscar a sua força. Relativamente ao método, para cultivar as emoções positivas, (Paldron, 2004b:90) salienta que “como em qualquer aprendizagem, o método para cultivar as emoções positivas baseia-se em dois aspetos: repetição e progressão no grau de dificuldade.” A mudança depende unicamente da determinação da pessoa e implica que a mesma esteja atenta, tomando consciência dos pensamentos negativos. Reforça a autora que “o poder do espírito é imenso, e o simples fato de mudar ligeiramente a perspetiva das

coisas pode fazer uma enorme diferença.” Na maioria das vezes, as grandes adversidades da vida, revelam grandes qualidades humanas e capacidades de crescimento interior, ou seja, de abertura espiritual, possibilitando que a pessoa olhe para os que estão à sua volta, de forma singular, deixando de se centrar em si própria. Neste contexto e quanto ao aprender com a doença, a participante do estudo do terceiro depoimento (E3), refere que começou a olhar para os que a rodeiam de outra forma. Estes tornaram-se mais íntimos e mais próximos. Hoje, distingue facilmente alguém que tem cancro ou que ande em tratamentos e diz que, na presença desses sujeitos, lhe apetece dar-lhe um sorriso, dizer-lhe que sabe o que é isso e dar-lhe uma palavra de força e de ânimo. Quando isto acontece, a vida toma outra dimensão. A compaixão pelos outros, a bondade e o altruísmo ajudam a pessoa a relativizar a sua situação de doença e desta forma a vida ganha sentido e pode atingir-se a felicidade. Assim nos refere (Paldron, 2004a:135) “como deixámos de estar unicamente centrados em nós próprios e os nossos objetivos são altruístas, não ficamos tão abalados com os obstáculos e as dificuldades que se nos deparam.” Perante a adversidade da doença oncológica, da dor e das alterações causadas a nível das várias dimensões, quer físicas, psicológicas, sociais e espirituais, podemos dizer que é possível aprender e crescer interiormente, através da pessoa doente não centrar a atenção em si própria, olhar à sua volta e não ficar indiferente ao sofrimento alheio. A entrevistada do terceiro depoimento (E3), acrescenta, que encara de outra forma o mundo que a rodeia. Aprecia o que não apreciava antes, desde as folhas das árvores aos sons da natureza, mas também as pessoas com deficiência. Refere ainda que no dia-a-dia não parava, não tinha tempo para ela própria, e agora, na situação de doença, tem encontrado esse tempo. É um tempo diferente que já não foge como fugia antes. Salienta ainda, que ao perguntar a si mesma o “porquê a mim?”, considera que não sabe, não consegue encontrar uma resposta. Mas quando pergunta “para quê?” sabe que é para aprender, para aprender mais, para ver o mundo de outra forma, para parar e refletir, aumentando a sua capacidade de conhecimento interior. Desta forma a pessoa com dor crónica do foro oncológico, consegue relativizar o próprio sofrimento e torna-se mais sensível, dá mais valor às pequenas coisas, torna-se mais atenta ao que antes lhe passava despercebido, aos pequenos gestos e atitudes, aos pormenores, aos valores humanos. No quinto depoimento (E5), o entrevistado verbaliza sentir que agora tem mais tempo, sente que é um tempo diferente e que aprecia mais as coisas. Salienta que quando a pessoa é jovem o tempo não chega para nada e a vida é uma correria. Porém,

nesta fase da vida há tempo de sobra, daí que se aprecia as coisas de outra forma, como por exemplo as árvores, a queda das folhas, os pássaros. Reforça ainda, que antes também não apreciava o que hoje aprecia. Ainda relativamente ao aprender com a doença, a entrevistada do décimo depoimento (E10), salienta que o facto de já ter vivido uma perda tão pesada, como foi a morte da sua filha, conferiu-lhe a preparação para outros embates. Termina, usando o velho ditado: “aquilo que não nos mata fortalece-nos”. Nesta perspetiva, podemos dizer que as adversidades da vida conferem aprendizagem e fortalecem a pessoa que as experiencia, ou seja, contribuem para o seu crescimento interior e amadurecimento, conferindo-lhes também a capacidade de apreciar o que a rodeia com maior intensidade, isto é, com maior disponibilidade interior, oferecendo qualidade ao momento presente.

Efetuámos, uma síntese das narrativas, ou seja, uma descrição das unidades de significação principais, tendo a mesma sido organizada pelos temas centrais e respetivos subtemas, procurando assim efetuar uma descrição geral da estrutura típica da experiência. O próximo ponto abordará a apreciação efetuada pelos entrevistados, sobre a comunicação aos mesmos da descrição da experiência.

5.3- COMUNICAÇÃO A OUTRAS PESSOAS DA DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA

Dando resposta à terceira operação, da quarta fase de análise dos dados, em que a mesma permite aprofundar a análise, foi solicitado o ponto de vista dos sujeitos do estudo, no sentido de lhes comunicar a descrição da experiência e obter dos mesmos uma apreciação.

De referir, que a eminência da morte não permitiu a apreciação, sobre a descrição da experiência, junto de dois dos sujeitos do estudo. Desta forma, após termos obtido uma apreciação favorável, apoiante e de confirmação, dos restantes participantes, acerca da descrição da experiência que lhes foi comunicada, podemos confirmar que foram os doentes com dor crónica do foro oncológico que nos fizeram compreender e refletir sobre a dor como uma experiência subjetiva, individual e multidimensional. Como uma experiência subjetiva porque a descrição que o doente faz da sua dor nós não a vivenciámos. Como uma experiência individual porque é única em cada um, difere de pessoa para pessoa e por vezes na mesma pessoa em momentos diferentes, consoante a

percepção e o significado que a mesma atribui à sua dor, pois são vários os fatores capazes de influenciar essa variação, desde as experiências anteriores, os valores culturais, as crenças religiosas, o medo, a ansiedade, a personalidade, a idade da pessoa, entre outros. Como uma experiência multidimensional pois não envolve somente a dimensão física, mas também as dimensões psicológica, espiritual e social.

Confirmámos também que foram estes doentes que nos despertaram para a importância de acreditar/valorizar a sua dor. Acreditar na dor do doente é fundamental para uma avaliação correta e conseqüentemente, para um tratamento adequado. Quando o enfermeiro avalia a dor do doente deve compreender a mesma como uma experiência subjetiva, que não se consegue determinar por dados objetivos, ou seja, não existem comportamentos padrão que o doente adote quando tem dor, pois as reações emocionais do doente à dor são variáveis: pode introverter-se e querer ficar só, queixar-se, gritar ou chorar. A invisibilidade da dor traduz a sua subjetividade, logo compete ao enfermeiro acreditar na dor do doente. Desta forma, o enfermeiro deve considerar como presença ou intensidade de dor, a avaliação que o próprio doente faz da sua dor, desde que tenha apta a sua função motora e cognitiva, pois a melhor avaliação da dor é a apreciação que o doente faz da mesma. Podemos afirmar, em concordância com os participantes do estudo, que a dor é “qualquer coisa que a pessoa diz que é, existindo sempre que ela diz que existe” (Karb, 1990:303). Para acreditar na dor do doente deve também o enfermeiro colocar de parte as experiências anteriores com outros doentes, relativamente à avaliação da dor e deve também pôr de parte as suas convicções pessoais sobre a dor, aprendendo a reconhecer as mesmas, para melhorar a sua objetividade na avaliação da dor do doente e acreditar na mesma, pois quando são feitos juízos de valor acerca da dor do doente a avaliação tende a ficar comprometida e o tratamento pode não ser eficaz.

Confirmámos ainda, que foram também estes doentes que nos despertaram para a importância de estarmos atentos à sua comunicação verbal e não-verbal, ao deixarem transparecer a dor através das suas palavras, mas também pelas suas manifestações não-verbais, entre as quais destacámos, nos sujeitos do estudo, a sua expressão do olhar e os silêncios, que foram sempre respeitados, pois “...a linguagem não-verbal é muitas vezes tão ou mais rica do que a linguagem verbal...a linguagem não-verbal é muito reveladora

do que o doente vive...” (Lazure, 1994:18). A linguagem não-verbal é a mais verdadeira, porque é espontânea, não sabe mentir, umas vezes reforça o que transmitimos através das palavras, outras vezes contradiz o que verbalizamos, daí a necessidade imperiosa de se estar atentos á totalidade da comunicação do doente para melhor compreendermos a pessoa com dor e conseqüentemente a sua dor. A subjetividade da dor desafia-nos a encontrar a sua objetividade em cada um dos doentes, percebendo-a como uma experiência subjetiva e individual. Foram ainda estes doentes, que deixando transparecer a dor através das suas palavras, mas também pelas suas manifestações não-verbais, nos despertaram para a necessidade de uma correta avaliação da dor. É fundamental avaliar a dor como o 5º sinal vital, mas sobretudo de a compreender em cada doente, atendendo a que é uma experiência subjetiva, individual e multidimensional, pois afeta as várias dimensões da pessoa doente e não somente a dimensão física.

Neste contexto, a comunicação efetuada com os sujeitos do estudo foi apreciada pelos mesmos de forma concordante, pois a pessoa com dor crónica do foro oncológico apresenta alterações a nível da dimensão física, com diminuição da mobilidade e conseqüente enfraquecimento muscular e articular, anorexia, astenia, dificuldade ou incapacidade de realizar uma atividade, mas também alterações a nível da dimensão social, desde o isolamento social e familiar, com perda de papéis dentro da família e na sociedade, incluindo as perdas laborais. Apresentam ainda alterações na dimensão psicológica, que podem levar ao estado de desinteresse pelo mundo que os rodeia, à depressão, sendo agravadas pelas modificações da auto imagem e da função corporal, devido à situação de mastectomia ou de colostomia. Assim como a dimensão espiritual, em que o doente se questiona sobre o sentido da vida/sentido da morte. Desta forma a dor crónica do foro oncológico revela-se como dor global, multifacetada e designa-se de dor total.

Os participantes manifestaram também que as perdas que vão surgindo aos vários níveis tendem a exacerbar a dor. Esse aumento da perceção da dor traduz-se em novas perdas e novo aumento da perceção da dor e assim sucessivamente. Ocorre um ciclo que é preciso quebrar, pela ação da equipa multidisciplinar, onde o enfermeiro tem um papel preponderante, uma vez que passa mais tempo com o doente, presta cuidados mais diretos e acaba por desenvolver uma relação de proximidade e interioridade que o capacita a um

maior conhecimento sobre a pessoa doente e a dor dessa pessoa, permitindo-lhe “ (...) um cuidar direcionado à singularidade da pessoa e à particularidade da sua vivência” (Nobre, 2011:5). Nesta perspectiva torna-se imperativo que os enfermeiros se tornem mais atentos à singularidade dos seus doentes, desenvolvam a capacidade de escuta e adquiram capacidade de reflexão sobre a realidade e o modo de ser dos seus doentes, dando sentido às suas intervenções de uma forma mais autêntica e personalizada. Para isso é fundamental que os enfermeiros demonstrem disponibilidade interior, que passa pela proximidade, sentar-se junto e com o doente, tocá-lo, fazendo-lhe sentir que se preocupam com ele e que se interessam por ele. A disponibilidade, “ (...) não está relacionada com o tempo que se está com o doente em termos quantitativos, mas sim com o tempo qualitativo, (...) ” (Nobre, 2008a:138), ou seja, não é necessário um tempo real, em termos de horas e minutos, mas acima de tudo “o desenvolvimento de uma sensibilidade que nos permita estar atento ao mundo interior do outro e compreendê-lo.” (Real, 2000:17). Neste contexto, podemos acrescentar que é também necessário saber escutar, sabendo que escutar não é só ouvir, é “ouvir com os nossos ouvidos, mas em primeiro lugar, e sobretudo, escutar com todo o nosso ser” (Lazure, 1994:16), ou seja, é estar disponível para a totalidade da comunicação do doente (verbal e não verbal) e não só para as palavras que ele pronuncia. Os participantes também se pronunciaram sobre a importância da demonstração de disponibilidade e capacidade de escuta, por parte dos enfermeiros, pois quando estes fazem sentir ao doente que estão disponíveis, facilitam a abertura do doente, ajudam o mesmo a partilhar a sua dor, as suas perdas, e essa disponibilidade traduz-se, em certos momentos, numa diminuição da perceção da dor, fazendo perceber que muitas das vezes a “boa presença” pode ser analgésica.

Para a pessoa com dor crónica do foro oncológico, é fundamental sentir o apoio, a ajuda, a preocupação, o carinho, o afeto e o amor manifestado pelos seus familiares. Este apoio confere-lhe segurança, confiança e permitir-lhe manter e ajustar a esperança. Da mesma forma, a pessoa doente sente a importância da ajuda e do apoio oferecido pelos profissionais de saúde. A enfermagem tem na sua essência o cuidar da pessoa, ou seja, “...centrar-se naquilo que ela exprime verbal ou corporalmente, o que exprime sobre as suas necessidades, sobre a ajuda que solicita ou que não solicita. (...) Isso exige uma grande atenção para perceber a caminhada da pessoa doente, para adaptar o meu passo ao

seu, para eventualmente descodificar um pedido um pouco codificado” (Heesbeen, 2000:177). Sabendo que a reflexão é a base do crescimento, torna-se fundamental que o enfermeiro reflita sobre o seu dia-a-dia, sobre as suas atitudes, as situações com que se depara quotidianamente: “escutei o doente?”, “demonstrei disponibilidade?”, “avalei corretamente a dor?”, “o que fiz para aliviar a dor do doente?”. Estas reflexões permitem o crescimento pessoal e profissional, do enfermeiro e traduzem-se num melhor cuidar, quando se opera esse mesmo crescimento.

Acrescentamos, em concordância com os sujeitos do estudo, que a pessoa com dor crónica do foro oncológico mantém sempre esperança, sendo que a mesma é ajustada pela própria pessoa, em função das limitações que vão surgindo e das suas possibilidades reais. É a esperança que permite à pessoa doente traçar novas metas, já que a esperança, como força interior e dinâmica que é, impulsiona no doente o pensamento positivo, capaz de ajudá-lo a alcançar o objetivo traçado e a definir o próximo. Também a fé, sustentada pela esperança, tendo por base o acreditar e o pensamento positivo, de acordo com os participantes, é sentida como possibilidade de partilha do sofrimento, da dor, das perdas e como fonte de apoio que permite à pessoa doente não se sentir só, conferindo-lhe ânimo e confiança. Para além da manutenção da esperança e da fé, encontramos a importância de aceitar o sofrimento. A pessoa com dor crónica do foro oncológico tenta encontrar um sentido para o sofrimento, para que este não seja destrutivo mas que lhe possibilite crescimento interior e abertura espiritual, que possa conduzi-la à descoberta e enriquecimento do ser. Ao encontrar um sentido para o sofrimento, a pessoa doente compreende que o mesmo tem uma razão de ser, logo passa a ser sentido apenas como um dos elementos da situação, deixando de preencher todo o seu ser. Assim, a aceitação do sofrimento passa pela capacidade de modificar alguns aspetos que permitam alterar o modo como a pessoa está e se sente na situação de sofrimento, encontrando um sentido para o mesmo, capaz de lhe possibilitar o seu crescimento interior.

Na comunicação efetuada aos sujeitos do estudo, os mesmos perspetivam que a situação de dor crónica do foro oncológico, contribuiu para o seu crescimento interior e abertura espiritual, pois a situação de doença possibilitou-lhes olhar, de forma mais atenta para os que estavam à sua volta, sobretudo os seus familiares e outras pessoas que se encontravam

também com doença oncológica. Neste último caso manifestam a sua vontade de ajuda, deixando de se centrar apenas em si próprios. Quando a pessoa doente se centra nos outros e consegue desenvolver a compaixão, a preocupação e o altruísmo, está a contribuir para relativizar a sua própria situação de doença e assim, a vida ganha outra dimensão. Neste contexto, os participantes também são concordantes de que a sua situação de doença lhes forneceu novas aprendizagens, permitindo-lhes apreciar e dar mais valor às “pequenas coisas do dia-a-dia”, como a natureza, os gestos, as atitudes, os valores humanos e a presença da família, resultando na capacidade de valorizar a vida com maior intensidade e de fortalecer os laços familiares. Certamente que a situação de doença contribuiu para um espaço de reflexão, que lhes proporcionou crescimento interior, abertura espiritual e para a descoberta de novos sentidos para a vida. Desta forma, passaram a relativizar o “ter”, centrado nos bens materiais e o “fazer”, que envolve a realização das atividades quotidianas, incluindo as tarefas domésticas e as laborais. Começaram a focar-se mais no “ser”, nas relações com os outros, nos valores humanos, nas atitudes, ou seja, a valorizar as questões que podem conduzi-los à descoberta do ser. Esta nova consciência que os transporta à descoberta e enriquecimento do ser caracteriza a existência autêntica.

CAPITULO 6

6- IMPLICAÇÕES DOS DADOS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

“- O que é que “estar preso” quer dizer?

- Quer dizer “criar laços” com alguém.

- Criar laços?

- Sim laços, disse a raposa...eu não preciso de ti... tu não precisas de mim...mas se tu me prenderes a ti, passamos a precisar um do outro. Passarás a ser único no mundo para mim...”

Saint-Exupery, In o Príncipezinho (2004)

Este estudo relativamente à enfermagem permite acentuar o valor que esta oferece à individualidade da pessoa, sabendo que a enfermagem, como ciência, tem por objetivo o cuidar do outro. O cuidar mostra particularidades tão singulares e tão autênticas que faculta compreender as experiências da pessoa doente, os seus significados, como é o caso da experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico. O cuidar possibilita ao enfermeiro o desenvolvimento da sua capacidade de escuta, de disponibilidade e de reflexão, para que cada pessoa seja cuidada numa perspetiva individual, ou seja, para que as intervenções de enfermagem sejam desempenhadas de forma autêntica e personalizada. Este estudo torna-se importante para a prática de enfermagem, ao permitir o aprofundar do conhecimento dos fenómenos humanos inerentes a essa prática, pois o enfermeiro ao ser sensibilizado para oferecer aos doentes com dor crónica do foro oncológico, um cuidar personalizado e autêntico, compreende e aceita a possibilidade de aumentar os seus conhecimentos na interface com o ser-aí e o significado da dor. A importância de compreender como é que a pessoa experiencia a dor crónica do foro oncológico relaciona-se com a necessidade da escuta, ou seja, com o estar “disponível para a totalidade da comunicação do doente e não só para as palavras que ele pronuncia.” (Lazure, 1994:16). De facto, a “ linguagem não-verbal diz-nos tanto, ou mais, que a linguagem verbal. Ela reforça, contradiz ou cora a linguagem verbal. (...), a linguagem corporal, não sabe mentir porque na maior parte das vezes é involuntária por ser inconsciente.” (Lazure, 1994:105). Torna-se assim imprescindível que o enfermeiro esteja atento à totalidade da

comunicação do doente para o compreender na sua globalidade. Neste sentido é também fundamental a disponibilidade do enfermeiro, sendo que a mesma não deve ter a ver com a quantidade de tempo, em termos de horas e minutos, mas sim com a disponibilidade interior do enfermeiro, ou seja, a qualidade do tempo que o mesmo oferece ao doente, nos momentos em que está com ele. Assim diz (Lazure,1994:16), “se pensarmos que não temos tempo, enquanto o tempo é o mesmo para todos, isto quer dizer que, na realidade, nós não o aproveitamos. O tempo é neutro, nós é que o qualificamos, o colorimos.” Podemos dizer que a capacidade de escuta e a disponibilidade tornam-se instrumentos imprescindíveis para que o enfermeiro compreenda como é que a pessoa experiencia a dor crónica do foro oncológico, na sua singularidade. Torna-se então fundamental entrar no mundo da pessoa doente, ver as coisas através das suas experiências, tal como salienta (Merighi, 2002:158), quando afirma que “a arte de cuidar está em encontrar uma forma de permitir à pessoa doente expressar suas necessidades. Cuidadores são pessoas que são capazes de ouvir pessoas e responder às suas experiências individuais”. É necessário que o enfermeiro se envolva, se preocupe, consiga criar laços, pois é através do envolvimento do enfermeiro, de olhar a pessoa com dor crónica do foro oncológico, a partir da sua perspectiva, que o enfermeiro reflete sobre a importância de estar mais atento à singularidade dos seus doentes, ou seja, de cuidar de forma individualizada. O cuidar individualizado permite que o enfermeiro direcione os cuidados à particularidade da experiência vivida pela pessoa doente, dando sentido às suas intervenções de forma singular e mais autêntica. Acompanhar a pessoa com dor crónica do foro oncológico, requer proximidade, caminhar ao seu lado, com o objetivo de a apoiar, consolar, de a compreender através do desenvolvimento de atitudes de ajuda, como a disponibilidade e a capacidade de escuta, já referidas, mas também a empatia. Quando o enfermeiro tenta entrar no mundo do doente para o compreender e lhe transmite compreensão, permite que o mesmo comunique, que se abra. Ao tentar colocar-se no lugar da pessoa doente, o enfermeiro, sentirá uma angústia muito parecida à do doente, sendo a empatia descrita, frequentemente, como “uma habilidade mental de calçar os sapatos do outro de modo a compreender os seus sentimentos e emoções.” (Decety e Lamm, 2006:1147).

Outro aspeto importante na arte de personalizar é o saber acompanhar e gerir as perguntas difíceis - as que não têm resposta, pois, “há perguntas que não são feitas para serem

respondidas, mas somente para que elas interroguem a pessoa que as formula.” (Gonzalez, 1993:10). Desta forma, o enfermeiro deve evitar responder a partir de frases feitas, que não estão certamente centradas na experiência única de quem coloca questões. Por vezes não é necessário dizer nada, os doentes apenas querem partilhar a sua dor e as suas perdas. Aí, impõe-se a escuta e o silêncio, recordando a máxima: “nunca fales, a não ser que penses que podes melhorar o silêncio.” (Stoter, 1991:196). O silêncio permite integrar o que foi dito, permite personalizar na comunicação, ou seja, “ (...) ocupar-se do significado único que tem o que se ouve para quem o diz. (...) Acolher os sentimentos únicos, com os que o sujeito vive, (...) supõe despojar-se de muitos princípios e convicções e revestir-se de um vazio acolhedor.” (Bermejo, 2005:9). O enfermeiro deve centrar-se na pessoa que lhe comunica o seu sofrimento, que partilha os seus medos, as suas dúvidas, centrar-se no significado único que tem para a pessoa doente tudo o que lhe acontece, “para compreender o que há por de trás de cada pessoa que formula as perguntas, que nos parecem difíceis de responder.” (Bermejo, 2005:10). A competência relacional, isto é, a arte de se relacionar com a pessoa doente, através da linguagem verbal e não-verbal desde a presença em silêncio, à proximidade e postura, ao toque e olhar, envolve o campo do saber-saber, ou seja dos conhecimentos. O campo do saber fazer remete para a aplicação dos conhecimentos, já o campo do saber ser e saber estar, envolve as disposições interiores e atitudes. O desenvolvimento destas competências permite atender a pessoa com dor crónica do foro oncológico de forma autêntica, transmitindo-lhe segurança, carinho, afeto e, sobretudo, compreender o seu estar no mundo, vivenciando a sua facticidade de ter dor crónica do foro oncológico. Para isso é necessário refletir sobre: “Escutei o doente?”, “O que me transmitiu aquele doente?”, “Como avaliei a sua dor?”, “Demonstrei disponibilidade?”, “O que disse ao doente?”, “Que postura adotei: sentei-me? Aproximei-me? Toquei o doente? Coloquei de lado os materiais de trabalho? Olhei para o relógio?”. O enfermeiro deve estar atento e refletir sobre a comunicação verbal e não-verbal que transmite ao doente, pois são estas reflexões, no quotidiano, que permitem melhorar a atitude e forma de estar junto da pessoa doente, contribuindo para o crescimento pessoal e profissional, lembrando sempre que a base do crescimento é a reflexão.

Na pessoa doente o “ser” é enaltecido relativamente ao “fazer” e “ter”, logo a dimensão espiritual adquire uma importância maior, já que envolve o mundo dos valores e a pergunta

pelo sentido último das coisas e das experiências. Assim, o desenvolvimento da espiritualidade está reconhecido como fator que contribui para o bem-estar das pessoas e é na fase final da vida que a dimensão espiritual assume uma relevância especial, sendo da competência do enfermeiro estar atento às necessidades espirituais do doente. Acolher a dimensão espiritual da pessoa doente implica confiar no devir da mesma, implica estar simplesmente presente, escutar e ter confiança no que vai brotar. O doente não quer respostas, mas sim partilhar a sua dor, a angústia e procura “uma proximidade humana que o ajude a abrir-se ao que o transcende, ao mistério da sua existência, ao amor que religa os humanos entre si.” (Hennezel e Leloup, 1998:16). Desta forma, torna-se fundamental ajudar o doente a olhar para esta etapa como uma possibilidade de crescimento interior, capacidade de transcendência, de desenvolvimento de habilidades e virtudes humanas até aí não manifestadas, promovendo, no doente, a aquisição de uma visão mais profunda de si mesmo como parte de uma realidade superior. A presença do enfermeiro e a atenção que o mesmo oferece à pessoa doente, à sua afetividade e interioridade, contribui para que esta partilhe a sua ansiedade e angústia, refletindo-se, certamente, num bem-estar e paz interior, não só do doente, pois qualquer encontro entre o enfermeiro e o doente promove um enriquecimento e crescimento mútuo, sendo “aí que o sentido das nossas existências e dos nossos atos encontra a sua fonte.” (Hennezel e Leloup, 1998:20).

CONCLUSÃO

*“Ao deixar-nos penetrar o seu espaço íntimo,
a pessoa cuidada manifesta-nos uma grande
confiança que precisamos merecer”*

Margot Phaneuf (2005)

A dor é um desafio que se coloca a todos os profissionais de saúde, já que se trata de um fenómeno complexo, subjetivo, de uma experiência individual e não diretamente observável, pois varia de pessoa para pessoa quanto à sua perceção, sendo o significado de “dor” único para cada pessoa. A tolerância à dor também é variável, na mesma situação entre pessoas diferentes e até na mesma pessoa em diferentes situações. O mesmo se passa com a reação à dor que também apresenta variações consoante a perceção de cada pessoa e o significado que a mesma lhe atribui. Na pessoa com dor crónica do foro oncológico a dor revela-se como dor global, multifacetada denominada dor total, pois não envolve somente a dimensão física, mas também as dimensões psicológica, social e espiritual, traduzindo-se em perdas de autonomia na realização das tarefas domésticas, da capacidade de desempenho da atividade profissional, do convívio social e da alteração da imagem corporal. As perdas que surgem ao nível de uma dimensão tendem a exacerbar a dor e este aumento da perceção de dor conduz a novas perdas e a alterações nas várias dimensões, contribuindo para novo aumento da perceção de dor e assim sucessivamente, num ciclo vicioso em que a dor total se impõe totalmente. Este trabalho possibilitou-nos refletir e compreender a importância de perspetivar a pessoa com dor crónica do foro oncológico como ser holístico e atendê-la nas várias dimensões afetadas. Tão importante como avaliar a dor como o quinto sinal vital é compreendê-la em cada doente como uma experiência subjetiva, individual e multidimensional. Permitiu-nos ainda perceber que a terapêutica da dor no doente oncológico, para além de envolver o apoio farmacológico assenta também no apoio não farmacológico. Os sujeitos do estudo verbalizaram que, em conjugação com o apoio farmacológico, o uso de algumas técnicas não farmacológicas são decisivas para o controlo da dor. Nestas técnicas merece particular destaque a presença do enfermeiro. Junto da pessoa com dor crónica do foro oncológico, a postura de disponibilidade do

enfermeiro, o simples gesto de dar a mão, as palavras de apoio e de esclarecimento são elementos fundamentais capazes de proporcionar conforto, diminuir a ansiedade e conseqüentemente contribuir para minimizar a percepção da dor. Verificámos também que, nos sujeitos do estudo, o cuidado é oferecido não só pelos profissionais de saúde, mas também pelos familiares. Alguns dos entrevistados valorizaram a importância da família, a importância da atenção, da preocupação que a mesma manifestou pela sua situação de doença e perceberam que eram acarinhados e amados pelos seus familiares. Verificou-se que a situação de doença permitiu intensificar os laços e atenções, redescobrir a importância da família como um pilar, um porto de abrigo, que acolhe nos bons e nos maus momentos, que oferece energia, afeto, apoio ao longo de todo o percurso da doença, mas também é esse porto de abrigo que alguns sujeitos do estudo querem proteger, omitindo por vezes o seu mal-estar, os seus receios e medos e transmitindo força e coragem aos seus familiares, para que estes se mantenham firmes e presentes ao seu lado na sua caminhada, que é também a deles. A perda de papéis dentro da família traduz-se em sentimentos de impotência e de tristeza. Por outro lado, a atenção diferenciada e a preocupação manifestadas pela família, apesar do seu reconhecimento como manifestação de apoio, amor e carinho, produz nos sujeitos do estudo uma ambigüidade de sentimentos. Se por um lado se sentem confortáveis com a atenção que lhes é dirigida por todos, por outro essa atenção relembra-os continuamente a situação diferente que estão a experienciar. A angústia decorrente da proximidade da morte foi sentida em alguns dos entrevistados ao deixarem transparecer, quer através da sua linguagem verbal, quer não-verbal, as questões do sentido da vida/morte, da finitude e as manifestações de resignação, medo, tristeza e revolta. Também o sofrimento causado pela situação de dor/doença e ainda que o mesmo se traduza numa ameaça à integridade pessoal, é aceite por alguns sujeitos do estudo que tentam encontrar-lhe um sentido, evitando que o mesmo seja destrutivo mas sim capaz de lhes proporcionar crescimento interior e abertura espiritual, conduzindo-os ao encontro com o próprio Ser. O sofrimento, em que a situação de dor crónica do foro oncológico os colocou, permitiu-lhes refletir e crescer interiormente, nomeadamente no que respeita à apreciação e valorização da vida, onde passaram a apreciar as “pequenas coisas do dia-a-dia”, como os gestos, as atitudes e a presença da família. Esta reflexão contribuiu para a valorização dos momentos vividos, fortalecer os laços familiares e para encontrar novos sentidos para a vida.

A capacidade de crescimento interior, ou seja, de transformação e abertura espiritual, advêm, na maior parte das vezes, das grandes adversidades da vida, assim se verificou com alguns sujeitos do nosso estudo, pois foi a situação de dor crónica do foro oncológico, que possibilitou que os mesmos encarassem de forma singular os que estavam à sua volta, deixando de se centrar em si próprios. Conseguiram conferir sentido à sua vida, ao manifestar abertura e compaixão pelo sofrimento dos que os rodeiam e ao sentirem-se úteis e com vontade de ajudar os mesmos. Desta forma, também constatámos que, alguns dos sujeitos, relativizaram o próprio sofrimento ao deixarem de se centrar neles próprios e ao tornarem-se mais sensíveis, mais atentos ao que antes lhes passava despercebido, como sejam, as pequenas coisas, desde os sons da natureza, a textura das folhas, a chegada do Outono e do seu próprio Outono. Tornaram-se também mais atentos aos gestos, às atitudes e aos valores humanos daqueles que estavam à sua volta, manifestando vontade de ajudar, de sorrir e de dar uma palavra de apoio aos que também estavam a viver uma situação de doença oncológica semelhante. Reconhecemos que existia uma disponibilidade interior abrangente, uma grandeza e abertura espiritual que permitiu à pessoa doente apreciar o que a rodeava com maior profundidade, com maior intensidade, oferecendo qualidade aos momentos vividos e por outro lado, permitindo relativizar, o que anteriormente a preocupava e a preenchia. Verificámos assim, no nosso estudo, que a pessoa com dor crónica do foro oncológico, apesar da situação ou através dela e das alterações causadas quer a nível físico, psicológico, social e espiritual, quando não há possibilidade de cura, pode aprender com a doença e crescer interiormente, ou seja, desenvolver abertura espiritual, olhar à sua volta e não ficar indiferente ao sofrimento alheio. A compaixão pelos outros, a bondade e o altruísmo ajudam a pessoa a relativizar a sua situação de doença. Quando isto acontece a vida toma outra dimensão, ganha outro sentido e pode atingir-se a felicidade. Podemos dizer que, alguns dos sujeitos, perante a adversidade da situação de dor crónica do foro oncológico, desenvolveram uma capacidade de transcendência em que a esperança foi descrita como uma força interior capaz de impulsionar o pensamento positivo e influenciar o bem-estar físico, psicológico, social e espiritual do doente, direcionando-o para uma nova consciência e enriquecimento do Ser. A fé, sustentada pela esperança, traduziu-se como uma fonte de apoio e relacionou-se com o transcendente ou o divino, tendo por base o acreditar, o pensamento positivo, o partilhar da angústia, da dor,

do sofrimento e da ansiedade. Esta partilha permite à pessoa doente não se sentir só e contribui para dar sentido à vida, conferindo ânimo e confiança. Acompanhar a pessoa com dor crónica do foro oncológico na esperança e na fé, requer proximidade e respeito. Trata-se de ajudar a pessoa doente a concretizar as metas que estabeleceu e apoiá-la nos novos objetivos, por ela traçados em função das limitações que sente e experiencia. Pois a esperança dos doentes mantêm-se sempre, no entanto, transforma-se à medida que a doença progride e as limitações avançam, sendo o próprio doente a traçar metas mais limitadas e em que a esperança é transmutada e adaptada à realidade e aos objetivos possíveis definidos e redefinidos continuamente pelo doente. Acompanhar estes doentes para além da disponibilidade, capacidade de escuta e empatia, requer que o enfermeiro seja capaz de compreender a pessoa doente e caminhar ao seu lado.

Esta pesquisa permitiu conhecer a realidade enfrentada pelas pessoas com dor crónica do foro oncológico, que se dispuseram a expor as suas angústias, medos, incertezas e sofrimentos, através dos seus depoimentos. Permitiu compreender que a aceitação do sofrimento pela pessoa doente, na tentativa de encontrar um sentido para o mesmo, proporcionou-lhe crescimento interior, ou seja, transformação, capacidade de transcendência e abertura espiritual, conduzindo a mesma à descoberta do ser. A pessoa com dor crónica do foro oncológico, ao compreender-se um ser-para-a-morte percebe que todo o modo de ser da existência inautêntica não faz qualquer sentido, passando a dar valor às questões que podem aproximá-la do seu projeto essencial que é o ser e que caracteriza a vida autêntica. Só a existência autêntica permite á pessoa a revelação do ser. A compreensão da finitude conduz o Ser-á para o sentimento da angústia e este eleva a pessoa ao seu estado ontológico. Assim, a angústia é o único sentimento que a pode levar ao encontro com o próprio ser. É, portanto, perante a finitude que está a possibilidade do Dasein existir de modo autêntico, por este ter que emergir da angústia para se colocar no seu devido lugar de Dasein. A realização desta pesquisa abriu-nos caminho à reflexão, permitindo-nos compreender e enaltecer o interesse em comunicar aos enfermeiros as conclusões da mesma, com os objetivos de despertar, incentivar e motivar os mesmos, enquanto cuidadores, para a importância que possui a capacidade de refletir sobre os cuidados prestados à pessoa com dor crónica do foro oncológico. A reflexão assenta num trabalho individual, em que cada enfermeiro deve questionar-se sobre a sua forma de estar,

junto da pessoa doente. O hábito de refletir sobre o dia-a-dia possibilita ao enfermeiro, em situações futuras, melhorar a sua atitude, a sua forma de estar, a sua capacidade de escuta e de disponibilidade e a comunicação verbal e não-verbal que transmite à pessoa doente, contribuindo para o seu crescimento pessoal e profissional, sendo a reflexão a base do crescimento. É sem dúvida através da reflexão que o enfermeiro consegue compreender como é que a pessoa experiencia a dor crónica do foro oncológico, perspetivando um cuidar individualizado, centrado na pessoa como ser holístico, onde se contemplam as necessidades relacionadas com a dimensão física, psicológica, social e espiritual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ahya, Patra et al. (2000), *Desafios da enfermagem em cuidados paliativos. Cuidar: ética e práticas*, Loures: Lusociência, pp.137-213
- Aitken, Helena (2004), “Diálogo para reconhecer o sentido da vida”, Neto, Isabel; Aitken, Helena e Paldron, Tsering (2004), *A Dignidade e o Sentido da Vida. Uma reflexão sobre a nossa existência*, Cascais: Pergaminho, pp.49-74
- Almeida, Pereira; Melo, Jorge (2001), “Ética, espiritualidade e oncologia”, Dias, Maria; Durá Estrella, *Territórios de psicologia oncológica*, Lisboa: Climepsi, pp.129-143
- Amorim, Cidália (2006), “Doença Oncológica da mama. Vivências de mulheres mastectomizadas”, *Revista de Ciências da Saúde de Macau*, nº2, vol.6, pp.108-113.
- Amorim, Cidália (2007), “Doença Oncológica da mama. Vivências de mulheres mastectomizadas”, *Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem*, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, pp. 110, 113, 143, 193-207
- Barreto, Maria (2008), “O sofrimento no doente oncológico”, *Nursing, Suplemento Cuidados Paliativos*, nº235, Lisboa: Serra pinto, pp. 4-8
- Batalha, Luis (2005), “As dificuldades na quantificação exata da dor”, *Servir*, nº4, vol.15, Lisboa: Aceps, pp.166-173
- Battaglini, Cláudio; Bottaro, Martim; Campbell, Justin; Novaes, Jefferson e Simão, Roberto (2004), “Atividade física e níveis de fadiga em pacientes portadores de câncer”, *Revista Brasileira de Medicina e Desporto*, nº2, vol.10, Universidade Gama Folho: Rio de Janeiro, pp.98-104
- Benito, Enric; Barbero, Javier e Payás, Alba (2008), *El acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos*, Madrid: Arán Ediciones, pp. 145-156
- Benzein, E.; Norberg, A.; Saveman, B. (2001), “The meaning of the lived experience of hope in patients with cancer in palliative home care”, *Palliative Medicine*, nº2, vol. 15, pp. 117-126
- Bermejo, José (1999), *Aspectos espirituais en los cuidados paliativos*, Barcelona: Baldo Santi Lucherini, OMD, (Clínica família), 37-40, 59-63
- Bermejo, José (2001), *O cristão e a doença*, Barcelona: Centro de pastoral litúrgica de Barcelona, pp. 44

- Bermejo, José (2005), “Acompanhamento Espiritual do doente. Necessidades espirituais da pessoa doente”, traduzido pelo Padre Agostinho Crespo Leal, Labor Hospitalária, nº4, Barcelona: Irmãos de S. João de Deus, pp.1-29
- Bogdan, Robert e Biklen, Sari (1994), Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora, pp.17, 50-100
- Bolander, Verolyn (1998), Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica, Lisboa: Lusodidacta, pp. 1100-1195
- Brusco, Ângelo (2002), Madurez humana y espiritual, Madrid: San Pablo, pp. 37
- Buckley, J.; Herth, K. (2004), “Fostering hope in terminally ill patients”, Nursing Standard, nº10, vol. 19, pp.33-41
- Cardoso, Alice (1999), Manual de tratamento da dor crónica, Lisboa: Lidel, edições técnicas, pp. 3-55
- Carvalho, Mara; Merighi, Miriam (2005), “O Cuidar no processo de morrer na perceção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica”, Revista Latino-Americana de Enfermagem, nº6, vol.13, Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, pp.951-959
- Cassell, Eric (1991), Recognizing Sufering. Hastings Center Report, Coimbra: Quarteto, pp. 24-31
- Chauí, Marilena (1996), Heidegger, vida e obra (prefácio da coleção Os Pensadores). São Paulo: Nova Cultural, pp. 7 - 9
- Chaves, D. (2004), “O enfermeiro no manejo da dor do câncer”, Prática Hospitalar, nº4, vol.35, São Paulo: Office Editora e Publicidade, Lda. pp.1-5
- Chini, Gislaine e Boemer, Magali (2007), “A amputação na perceção de quem a vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica”, Revista Latino-Americana de Enfermagem, nº 2, vol.15, Rio de Janeiro: Agir, p.3-6
- Coltro, Alex (2000), “A fenomenologia: um enfoque metodológico para além da modernidade”, Cadernos de pesquisas em administração, nº11, vol. 1, S. Paulo: Atheneu, pp. 37-45
- Corrêa, Adriana (1997), “Fenomenologia: uma alternativa para a enfermagem”, Revista Latino-Americana de Enfermagem, n.º1, vol.5, São Paulo: Pedagógica e Universitária, pp. 83-88
- Costa, Luís (2004), O cancro também pode morrer, Porto: Ambar

- Costa, Poliana (2010), “Inautenticidade e Finitude em Heidegger”, Saberes, Natal, nº3, São Paulo: UNIJUI - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, pp.151-159
- Critelli, Dulce (2002), “Martin Heidegger e a essência da técnica”, Margem, nº16, São Paulo: Cortez, pp. 83-89
- Crossetti, Maria (1997), Processo de cuidar: uma aproximação à questão existencial na enfermagem, Dissertação do Curso de Doutorado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, pp.121
- Curt, Gregory (2000), “The impact of Fadigue on Patients with Cancer: Overview of Fadigue 1 and 2”, The Oncologist, nº5, the official journal of the society for translational oncology, pp.9-12
- Decety, Jean e Lamm, Claus (2006), “Humann Empathy Through the lens of social neuroscience”, The Scientific World Journal, nº6, pp. 1146-1163
- Deschamps, Chantal (1993), L’approche phénoménologique en recherché, Montreal: Guérin éditeur, pp. 18, 54, 63
- Deslauriers, Jean-Pierre (1991), Recherche qualitative. Guide pratique, Montreal: McGraw-Hill
- Direcção Geral da Saúde (2001), Plano Nacional de Luta Contra a Dor, Lisboa: Ministério da Saúde, pp. 27- 42, 52
- Dossey, Larry (2001), Palavras que curam, São Paulo: Cultrix, pp 138-140
- Duarte, Marianne e Rocha, Silvana (2011), “As contribuições da Filosofia Heideggeriana nas pesquisas sobre o cuidado em Enfermagem”, Cogitare Enfermagem, nº 16, vol.2, São Paulo: Fundação, pp.361-364
- Dubois, Christian (2005), Heidegger: introdução a uma leitura, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, pp.53-57
- Duggleby, Wendy (2000), “Enduring Suffering: A Grounded Theory Analysis of the Pain Experience of Elderly Hospice Patients With Cancer”, Oncology Nursing Forum, nº5, vol.27, Academic journal, pp.825
- Espíndula, Joelma (2009), “O significado da religiosidade para pacientes com câncer e para profissionais de saúde”, Agência de Notícias, Universidade de São Paulo: Saúde, pp. 1-4
- Fadiman, James e Frager, Robert (1986), Teorias da Personalidade, S. Paulo: Harba

- Fleming, Kate (1997), "The meaning of hope to palliative care cancer patients", *International Journal of Palliative Nursing*, nº1, vol.3, pp. 14-17
- Fleming, Manuela (2003), *Dor sem nome. Pensar o Sofrimento*, Porto: Edições Afrontamento, pp.21-28
- Foley, Kathleen (1985), "The treatment of cancer pain", *The New England Journal of Medicine*, nº313, vol.2, National Library of Medicine, pp.84-95
- Fortin, Marie-Fabienne (1999), *O processo de investigação: da conceção à realização*, Loures: Lusociência, pp. 148-159, 247-319
- Frias, Cidália (2003), *A aprendizagem do cuidar e a morte – um desígnio do enfermeiro em formação*, Loures: Lusociência, pp.40-60, 121-130
- Gameiro, Manuel (1999), *O sofrimento na doença*, Coimbra: Quarteto, pp.80
- Gibson, Lynette. e Parker, Veronica (2003), "Inner resources as predictors of psychological well-being in middle-income African American breast cancer survivors", *Cancer Control*, nº5, Vol.10, pp. 52-59
- Gil, António (1991), *Métodos e Técnicas de pesquisa social*, Brasil: Atlas, pp.113
- González, Núñez (1993), *Antes que el cántaro se rompa: sobre la salud, la enfermedad, la muerte y la vida*, Madrid: San Pablo, pp.9-11
- González-Rendón e Moreno-Monsiváis (2007), "Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria" *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, nº6, vol.14, Madrid: Arán, pp. 1-10
- Hanh, Thich (2004), *La muerte es una ilusión. La superación definitiva al miedo a morir*. Barcelona: Oniro
- Heidegger, Martin (1983), "Sobre o Humanismo" in *Conferências e Escritos Filosóficos*, S. Paulo: Abril Cultural, pp.150
- Heidegger, Martin. (1984) *El Ser y el Tiempo*, Madrid: Fonde de cultura econômica, pp. 61-69
- Heidegger, Martin (1989), *Ser e tempo. Pensamento Humano, Parte II*, Petrópolis: Vozes, pp.15-51, 130-175
- Heidegger, Martin (1995), *Ser e Tempo. Pensamento Humano, Parte I*, Petrópolis: Vozes, pp.27-325
- Henezel, Marie e Leloup, Jean-yves (1998), *A Arte de Morrer*, Almada: Editorial Notícias, pp. 9-25

- Herth, Kaye (1990), “Fostering Hope in Terminally III people”, *Journal of Advanced Nursing*, vol.15, pp. 1250-1259
- Herth, Kaye (1993), “Hope in the Family Caregiver of Terminally III people”, *Journal of Advanced Nursing*, nº4, vol.18, pp.538-548
- Hesbeen, Walter (2000), *Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*, Loures: Lusociência, pp. 10-50, 173-190
- Hesbeen, Walter (2001), *Qualidade em enfermagem: pensamento e ação na perspetiva do cuidar*, Loures: Lusociência, pp.70-80
- João Paulo II (1996), *Sentido Cristão do Sofrimento Humano*, Carta Apostólica “*Salvifici doloris*”, Braga: Editorial A.O., pp.7
- Karb, Virginia (1990), “Dor”, In: Phipps, Wilma; Long, Barbara; Woods, Nancy (1999), *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica*, Lisboa: Lusodidata, vol.1, pp.303-332
- Kerouac, Suzanne et al (1994), *La pensée infirmière. Conception et stratégies*, Canadá: Édition Études Vivantes, pp. 72-78
- Kubler-Ross, Elisabeth (1975), *Encontro com os moribundos*, Lisboa: Águeda, pp.9
- Kubler-Ross, Elisabeth (1994), *Sobre a morte e o morrer*, São Paulo: Martins Fontes, pp.151-194
- Lain, E. P. (1984), *La espera y la esperanza*, Madrid: Alinza, pp.235-240
- Lazure, Hélène (1994), *Viver a relação de ajuda. Abordagem teórica e prática de um critério de competência de enfermeira*, Lisboa: Lusodidacta, pp.7-22, 103-160
- Leitão, João (1992), “Contributo da relação Enfermeiro/Utente no comportamento do doente cirúrgico”, *Nursing*, nº 58, Lisboa: Serra Pinto, pp. 7-18
- Madruga, Célia (2005), “Importância da Fé na Medicina”, *Jornal Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba*, nº63, pp.1-4
- Mallmann, Marcio (2009), *Para além do impessoal: em busca da autenticidade*, Dissertação de Mestrado em Filosofia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, pp. 65-85
- Mattioli, Jennifer; Repinski, Rhonda e Chappy, Sharon (2008), “The meaning of hope and social support in patients receiving chemotherapy”, *Oncology Nursing Forum*, nº5, vol. 35, University of Wisconsin Oshkosh, College of Nursing, pp. 822-829

- Melo, Carol (2006), Curso sobre “Vida e Morte: a mesma preparação”, Beja: Instituto Politécnico, Escola Superior de Saúde, pp.56
- Mendes, Amílcar e Eustáquio, F. (2000), “Medos, crenças, mitosRepresentações sociais do cancro”, Nursing. Nº141, Lisboa: Serra Pinto, pp. 20-22
- Metzger, Christiane; Muller, André; Schwetta, Martine e Walter, Christiane (2002), Cuidados de Enfermagem e dor, Loures: Lusociência, pp.5, 129-162, 231
- Monteiro, Claudete; Rocha, Silvana; Paz, Elizabete e Souza, Ivis (2006), “Fenomenologia Heideggeriana e sua possibilidade na construção de estudos de Enfermagem”, Escola Anna Nery, nº2, vol. 10, Rio de Janeiro: Universidade Federal, pp. 1-6
- Monteiro M., Santos M. (1995) Psicologia. 1ªedição. Porto: Porto Editora
- Moreira, Carlos (1994) Planeamento e Estratégias da Investigação Social. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, pp.139-140
- Naves, Gilzane (2009), Liberdade e autenticidade em Martin Heidegger. Uma análise fenomenológica do homem, Poros, nº1, vol.1, Uberlândia: São Paulo, pp 63-77
- Neto, Isabel, (2004), “Para além dos sintomas: A dignidade e o Sentido da vida na prática dos cuidados paliativos”, Neto, Isabel; Aitken, Helena e Paldron, Tsering (2004), A Dignidade e o Sentido da Vida. Uma reflexão sobre a nossa existência, Cascais: Pergaminho, pp.22-48
- Nobre, Cidália (2008a), “O doente oncológico com dor crónica. Uma abordagem sobre o cuidar na perspetiva de Enfermagem”, Servir, nº3/4, vol. 56, Lisboa: Aceps, pp.133-139
- Nobre, Cidália (2008b), “O doente em fim de vida. Uma abordagem sobre o acompanhamento espiritual na perspetiva de Enfermagem”, Nursing, nº235, Lisboa: Serra Pinto, pp.9- 12
- Nobre, Cidália (2011), “Reflexão sobre a pessoa com dor crónica do foro oncológico”, Nursing, Suplemento Cuidados Paliativos, nº274, Lisboa: Serra Pinto, pp.2-5
- Nunes, Lucília (2005), Ética na Investigação em Enfermagem, Comunicação-Mesa Redonda: Ética na Prática de Enfermagem, XXVI Congresso Português de Cardiologia, Porto, pp. 1-8
- O’Connor, Patrice (1996), “Hope: A Concept for Home Care Nursing. Home Care Provider”, nº4, vol.1, pp. 175-179
- Pacheco, Susana (2002), Cuidar a pessoa em fase terminal: perspetiva ética, Loures: Lusociência, pp. 60-150

- Paldron, Tsering (2004a), *A Alquimia da Dor*, Cascais: Pergaminho, pp. 162-164
- Paldron, Tsering (2004b), “Sentido da vida e valores espirituais”, Neto, Isabel; Aitken, Helena e Paldron, Tsering (2004), *A Dignidade e o Sentido da Vida. Uma reflexão sobre a nossa existência*, Cascais: Pergaminho, pp.78- 105
- Pangrazzi, Arnaldo (2008), *Porquê justamente a mim?* São Paulo: Paulinas, pp. 35, 110-112
- Patton, Michael (1990), *Qualitative evaluation and research methods*, 2ª ed. Londres: Sage Publications, pp. 169
- Pereira, Maria e Lopes, Cristina (2002), *O doente oncológico e a sua família*, Lisboa: Climepsi Editores, pp. 70-90
- Pereira, Paulo (1998), *O espaço e o tempo: Interligações*, Lisboa: Fim de século, pp. 80-83
- Perguiça, Ana e Sobral, Maria (2003), “Reflexão: O enfermeiro de cuidados intensivos perante a dor”, *Servir*, nº51, Lisboa: Acepts, pp. 25-27
- Pestana, João; Estevens, David e Conboy, Joseph (2007), “O papel da espiritualidade na qualidade de vida do doente oncológico em quimioterapia”, *Revista Cons-Ciências*, nº3, Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa, pp. 126- 149
- Phaneuf, Margot (2005), *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*, Loures: Lusociência, pp. 22-92, 228
- Pimenta, Cibebe; Koizumi, Maria e Teixeira, Manoel (1997), “Dor no doente com câncer: características e controle”, *Revista Brasileira de Cancerologia*, nº1, vol.43, Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, pp. 1-18
- Pimenta, Cibebe; Koizumi, Maria e Teixeira, Manoel (2000), “Dor Crónica e Depressão: Estudo em 92 doentes”, *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, nº1, vol.34, São Paulo: Universidade de São Paulo, pp.76-83
- Pinto, Marieta (1991), “A promoção da família como expressão da sua defesa e do seu desenvolvimento”, *Servir*, nº5, Lisboa: Acepts, pp.235-251
- Pipe, Teri; Kelly, Ann; LeBrun, Gail; Schmidt, Don; Atherton, Pamela; Robinson, Carol (2008), “Prospective descriptive study exploring hope, spiritual well-being, and quality of life in hospitalized patients”, *Academy of Medical-Surgical Nurses*, nº4, vol.17, Jannetti Publications, pp. 248-257
- Polit Denise e Hungler Bernadette (1995), *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*, Porto Alegre: Artes Médicas, pp. 134, 270-280

- Poncar, P. (1994), “Inspiring Hope in the Oncology Patient”, *Journal of Psychosocial Nursing*, nº1, vol.32, pp.33-38
- Portela, Luís e Neto, Isabel (1999), *Dor e cuidados paliativos*, Lisboa: Permanyer Portugal, pp. 2-6
- Querido, Ana (2005), *A esperança em cuidados paliativos*, Dissertação do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa, pp. 15, 110,111,124,131,132,143-148, 155, 166-169, 177,178
- Real, Ana (2000), “O tempo e o cuidar em enfermagem”, *Nursing*, nº146, Lisboa: Serra Pinto, pp.16-17
- Reis, Joana (2006), “Dor e Enfermagem”, Rico, Toscano e Barbosa, António, *Dor: Do neurónio à pessoa*, Lisboa: Permanyer Portugal, pp.261-268
- Renaud, Isabel (2004), “Situações do corpo e a ética do cuidado”, *Cadernos de Bioética*, nº36, Coimbra: Centro de Estudo de Bioética, pp.6-15
- Renaud, Isabel (2006a), *Viver a morte – Sabedoria e Tempo Vivido*, Colóquio – O Fim da Vida, Braga, Faculdade de Filosofia, pp.1-7
- Renaud, Isabel, (2006b), “Da finitude e fragilidade humana”, *Ordem dos Enfermeiros, Final de Vida*, VI Seminário do Conselho Jurisdicional, nº20, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, pp.71-77
- Ribeiro, Isabel (2008), *Integralidade da pessoa humana*, V Encontro Luso-Brasileiro de Bioética, Porto: Universidade Católica Portuguesa, pp.1-4
- Rietman, Johan; Dijkstra, Pieter; Debreczeni, Rolanda; Geertzen, Jan; Robison, Douglas e Vries, Jaap (2004), “Impairments, Disabilities, and health related quality of life after treatment for breast cancer follow-up study 2.7 years after surgery”, *Disability and Rehabilitation*, nº2, vol.26, University Hospital Groningen, Department of Rehabilitation Medicine, pp.78-84
- Robles, Francisca (1990), “Los profesionales de la salud en la atención espiritual”, *Labor Hospitalaria*, nº277, Barcelona, pp.59-63
- Saint-Exupéry, Antoine (2004), *O Príncipezinho*, Queluz de Baixo: Editorial Presença, pp.70,74
- Sales, Catarina (2008), “Ser-no-mundo e o cuidado humano: concepções heideggerianas”, *Revista de Enfermagem*, nº4, vol.16, Universidade Estadual de Maringá, Rio de Janeiro, pp.563-568

- Santos, Ana e Valente, Elsa (1995), “A dor e o cuidar”, Nursing, nº84, Lisboa: Serra Pinto, pp. 7-10
- Santos, Rosita (2006), Homens com câncer de próstata: um estudo da sexualidade à luz da perspectiva heideggeriana, Dissertação do Curso de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão preto, Universidade de São Paulo, pp.83
- Sapeta, Ana (1997), A família face ao doente terminal hospitalizado – o caso particular do Hal. Dissertação do Curso de Mestrado em Sociologia, Universidade de Évora, pp.64
- Seeley, Rod; Stephens, Trent (2001), Anatomia e Fisiologia, Lisboa: Lusodidaca
- Serrano, C. e Pires, P. (2000), “Vivências de dor de doentes em situação de doença crítica”, Nursing nº148, Lisboa: Serra Pinto, pp. 12-18
- Schug, Stephan; Zech, Dagmar, Doerr, U., (1990), “Cancer pain management according to WHO analgesic guidelines”, Journal of pain and Symptom Management, nº 5, Madison: Elsevier, pp. 27-35
- Sguassabia, Janyce; Kalinke, Luciana (2005), “Como o profissional de enfermagem entende a dor do seu paciente”, Comunicação na 17ª Jornada de Enfermagem Oncológica do Hospital do Câncer Ana Costa Camargo: São Paulo, pp.1-19
- Silva, Ana e Merighi, Miriam (2006), “Compreendendo o estar com câncer ginecológico avançado: uma abordagem Heideggeriana”, Revista da Escola de Enfermagem, nº2, vol.40, Universidade de S. Paulo, pp.253-260
- Silva, Lili e Zago, Márcia (2001), “O cuidado do paciente oncológico com dor crónica na ótica do enfermeiro”, Revista Latino-Americana de Enfermagem, nº4, vol.9, Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, pp. 44-49
- Soares, J. (2010), Exaustão Emocional dos Cuidadores de doentes Oncológicos. Eficácia de uma Intervenção de Grupo. Porto, pp 127- 130
- Stoter, David (1991), Spiritual Care, en Person J., Fisher D. Paliative care for people with cancer, Londres, Edward Arnold, pp.196
- Streubert, Helen e Carpenter, Dona (2002), Investigação Qualitativa em Enfermagem, Loures: Lusociência, pp. 37- 71
- Tagore, Rabindrath (1982), Sulingo, nº183, Ugo Guanda: Parma, pp.87
- Teixeira, J. (2003), Dia Mundial do Doente. Uma reflexão sobre o sentido da dor e do sofrimento no mundo de hoje, Hospitalidade, nº259, pp 28-30
- Trevisan, Lauro (2011), O Poder da Fé, Lisboa: Dinalivro, pp.12

Tulli, Andrey; Pinheiro, Cláudia e Teixeira, Sinara (2003), “Dor Oncológica: cuidados de enfermagem”, Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia, nº7, Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória, pp.1-8

Twycross, Robert (1994), Pain Relief in Advanced Cancer, Michigan: Churchill Livingstone, pp. 34, 61-77

Twycross, Robert (2003), Cuidados Paliativos, Lisboa: Climepsi Editores, pp.33-100

Watt-watson, Judith (2003), “Dor e Controlo da Dor”, In: Phipps, Wilma; Sands, Judith; Marek, Jane, Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica, 6ª Ed. Loures: Lusociência, pp.360-389

Watson, J. (1988). Nursing: Human science and humane care. New yorg. National League for nursing, pp. 50-55

Vieira, Helena (2000), A comunicação em sala de aula, Lisboa: Editorial Presença pp.15-20

Vieira, Margarida (2003), “Como Maria, chamados a cuidar”, Servir, nº4, vol.52, Lisboa: Acepts, pp.158-162

Yates, P. (1993), “Towards a reconceptualization of hop for patients with a diagnosis of cancer”, Journal of Advanced Nursing, vol. 18, p. 701-706

ANEXOS

ANEXO A - Pedido de autorização

ANEXO B - Guião da Entrevista

ANEXO C - Declaração de consentimento livre e esclarecido

ANEXO D - Mini Mental State

ANEXO E – Quadros de síntese dos Temas, Subtemas e Unidades de significação por
Temas

ANEXO F – Quadros de síntese dos Temas, Subtemas e Unidades de significação por Entrevista