

José Henrique Silveira de Brito
(Coord.)

O FIM DA VIDA

Ficha Técnica

Título: O FIM DA VIDA
Coordenador: José Henrique Silveira de Brito
Coleção: PENSAMENTO FILOSÓFICO
Edição: Publicações da Faculdade de Filosofia
Tiragem: 1000 exemplares
Impressão: Empresa do Diário do Minho, Lda.
Capa: Marcelo Marques
ISBN: 978-972-697-182-5
Depósito Legal: 259001/07
Copyright: ALATHEIA – Associação Científica e Cultural
Praça da Faculdade de Filosofia, n.º 1
4710-297 Braga

Publicações da Faculdade de Filosofia
Universidade Católica Portuguesa
Braga 2007

DO ENVELHECIMENTO À MORTE.

DESENVOLVIMENTO, DESLIGAMENTO E APOIO PSICOLÓGICO

ANTÓNIO M. FONSECA*

1.

Os anos '60 e '70 do século passado foram marcados pela procura de explicações válidas e consistentes acerca dos processos de desenvolvimento humano, recorrendo a abordagens pluralistas, quer em termos teóricos quer em termos metodológicos, recusando uma abordagem aleatória e voluntariosa dos fenómenos, considerando olhares teóricos e empíricos diversos, integrando-os num todo coerente e defendendo a multidisciplinaridade como o caminho a seguir para o avanço da ciência desenvolvimental (Lerner, Easterbrooks e Mistry, 2003; Lerner e Hultsch, 1983).

Que visão do desenvolvimento (e do próprio ser humano) emerge; então, destas novas concepções pluralistas de estudo e de pesquisa? "A visão que emerge (...) é que os seres humanos têm capacidade para mudar ao longo de todo o ciclo de vida. É uma visão que (...) defende a existência de mudanças desenvolvimentais importantes ao longo da vida, do nascimento à morte, (...) tornando o curso do desenvolvimento humano mais aberto do que era suposto" (Brim e Kagan, 1980:1). Esta visão conduziu ao aparecimento de abordagens que recusam qualquer forma de determinismo e propõem uma compreensão "plástica" do desenvolvimento

* Universidade Católica Portuguesa (afonseca@porto.ucp.pt).

humano, onde se realça, consensualmente, a apreciação comum da integração de dimensões sociais, biológicas e comportamentais na "produção" desse desenvolvimento. Entre tais abordagens, uma corrente de pensamento e de investigação, aqui genericamente designada por psicologia do ciclo de vida, destaca-se de modo particular no âmbito da ciência desenvolvimental. A psicologia do ciclo de vida pretendeu desde a sua emergência lidar com o estudo do desenvolvimento humano da concepção à morte, preconizando que o desenvolvimento não está completo no final da adolescência mas estende-se ao longo da vida humana e compõe-se de processos de aquisição, manutenção e transformação de estruturas e de funções psicológicas, decorrentes por sua vez da integração da pessoa em múltiplos e variados contextos (Fonseca, 2005).

Uma das principais implicações da psicologia do ciclo de vida para o estudo dos processos de envelhecimento consistiu no derrube de uma série de mitos, de estereótipos acerca das capacidades dos mais idosos. À luz destes estereótipos, os idosos são percebidos como tendo um poder de iniciativa limitado e dificuldade em abraçar novos projectos: "As pessoas idosas comuns são vistas como estando a viver num estado de esterilidade intelectual e impotência emocional" (Hazan, 1994:28). Este autor destaca outros estereótipos comuns à velhice – ausência de desejo e de actividade sexual, incapacidade para aprender, dependência generalizada, etc. –, para através deles constatar a existência daquilo que identifica como uma "armadilha cultural" capaz de influenciar a atitude da sociedade e das suas instituições face à velhice e aos idosos, os quais por sua vez correspondem manifestando os comportamentos que deles são esperados.

Uma explicação possível para a adopção de posições negativas face às pessoas idosas e à velhice em geral consiste naquilo que Bunzel (1972) designou inicialmente por "gerontofobia", atitude que resultará de circunstâncias relativas à história pessoal, da tentativa de negação do próprio envelhecimento, ou até mesmo da acção da comunicação social. Para Bytheway (2000), a gerontofobia encontra campo fértil para o seu desenvolvimento na medida em que são cada vez mais as pessoas que não querem nem desejam admitir que estão ou que irão envelhecer. Ao fazê-lo,

evitam o mais possível confrontar-se com a ideia do envelhecimento, dado que ela corresponde a uma série de imagens e de representações (doença, inactividade, depressão, aborrecimento, incapacidades várias, proximidade da morte) largamente difundidas e sobretudo totalmente contrárias à sociedade "juvenilizada" que nos rodeia e inspira.

Esta tentativa de perpetuação da juventude, materializada na ideia de uma "vida sem idade", deu origem nos últimos anos a uma autêntica explosão de oferta de bens, actividades e serviços dirigidos aos mais velhos, criando um novo ramo de negócios, a "indústria da reforma". Através de um olhar crítico a alguns dos produtos gerados pela indústria da reforma norte-americana publicitados na imprensa (condomínios residenciais para reformados, actividades de lazer para reformados, etc.), McHugh (2003) explora as fragilidades éticas de sociedades e de contributos científicos marcados por uma posição claramente bipolar face ao envelhecimento, ou seja, onde o idadismo mais tradicional coexiste com uma visão do envelhecimento bem sucedido assente precisamente em fórmulas de "anti-envelhecimento".

Não pretendendo colocar em causa os esforços desenvolvidos social e cientificamente no sentido de eliminar os preconceitos relativos aos mais velhos e à velhice, McHugh (2003) questiona simplesmente o modo como muitas vezes tal é feito ou surge aos olhos do cidadão comum: "representações institucionais e imagens de um anti-envelhecimento bem sucedido, como as que são propostas por largos sectores da indústria da reforma, são perniciosas na medida em que cultivam um ideal impossível" (p. 180). Tanto os diferentes elixires da eterna juventude, que olham com desdém para o envelhecimento, como as propostas científicas que fazem do "bem-viver" um fim em si mesmo, não levam frequentemente em conta que o envelhecimento comporta realidades específicas sob o ponto de vista físico, mental e social, que assim devem ser entendidas e que fazem parte do próprio sentido da vida, onde é necessário também acomodar as noções incontornáveis do declínio e da morte.

Sendo consensual a ideia de que o envelhecimento é um fenómeno bio-psico-social de cariz individual, qualquer abordagem psicológica que a ele

se faça terá de ser necessariamente multidisciplinar. O envelhecimento humano nunca poderá ser descrito, explicado ou previsto sem termos em consideração as dimensões biológica, psicológica e social que lhe estão inerentes e, se é verdade que no estudo do envelhecimento a biologia tem prevalecido, por comparação com a psicologia ou outras ciências sociais (Birren, 1995), o funcionamento humano não pode ser entendido pela sua redução à dimensão biológica. Com efeito, fortes evidências empíricas (obtidas quer através de estudos transversais, quer através de estudos longitudinais) têm demonstrado a importância dos aspectos psicológicos na qualidade de vida e na longevidade, como por exemplo, a capacidade cognitiva, a avaliação subjectiva da saúde, o sentimento de ser necessário e útil, e outras medidas de bem-estar psicológico (Lehr, 1993).

A adopção de modelos psicológicos de análise revela-se, pois, necessária para se complementar a concepção biológica de velhice e de envelhecimento. Se, de um ponto de vista biológico, o envelhecimento é visto como resultante de uma adaptação que falha e que resulta numa quebra ou rotura do organismo, ao longo da idade adulta e sobretudo na velhice, as componentes biológicas têm de ser articuladas com outras condições, de natureza psicológica e ambiental, para se alcançar uma visão integrada e verdadeiramente global de aspectos como a saúde, a competência, a personalidade e o bem-estar psicológico (Fonseca, 2004).

O modo de actuar, de pensar, de sentir e de interpretar a realidade constituem, em qualquer idade e também na velhice, variáveis psicológicas que dependem de um número incontável de transacções que se estabelecem ao longo do ciclo de vida entre um organismo biológico e sua envolvente social e histórica. Particularmente interessante a este respeito é a visão de Karp (1988) acerca da etapa entre os 50 e os 60 anos de idade, período durante o qual o corpo e a sociedade tratam de emitir mensagens acerca do que já está ou está prestes a suceder; o facto de se estar encravado entre duas gerações ("geração-sandwich"), ser avô/avó, problemas de saúde, ou a ocorrência de acontecimentos como a morte de familiares e amigos, são sinais que obrigam a uma tomada de consciência acerca do envelhecimento e da morte (em termos da sua inevitabilidade, do seu sentido, etc.).

2.

Um dos principais riscos da tomada de consciência de que a morte é inevitável e que ocorrerá um dia num futuro "mais próximo do que menos próximo" consiste na adopção do desligamento como o principal mecanismo de *coping* individual de ajustamento face ao envelhecimento.

A teoria do desligamento, proposta inicialmente por Cumming e Henry (1961), assume que a pessoa idosa aceita, ou deseja mesmo, a diminuição da interacção que estabelece com o meio social envolvente, fazendo-o através de um movimento simultâneo de contração sobre si mesmo e de redução do investimento emocional nas pessoas e objectos do meio social. Simultaneamente, a sociedade corresponde a este desligamento, acolhendo favoravelmente as disposições do idoso e entregando os papéis por ele desempenhados a pessoas mais jovens (Hoffman, Paris e Hall, 1994).

O aparecimento e a evolução da teoria do desligamento estão indissociavelmente ligados a uma das linhas pioneiras de investigação multidisciplinar sobre as modalidades de desenvolvimento psicológico na idade adulta e velhice, bem como sobre as respectivas implicações ao nível da adaptação e da satisfação de vida. Trata-se da investigação desenvolvida durante os anos '60 pelo chamado "Grupo de Chicago". Instalados na Universidade de Chicago, Havighurst e colaboradores desenvolveram um conjunto de pesquisas que ficou conhecido por Estudo sobre a vida adulta de Kansas City (Havighurst, Neugarten e Tobin, 1968), tomando como amostra cerca de 700 indivíduos com idades compreendidas entre os 40 e os 90 anos, relativamente saudáveis e a viver no respectivo domicílio. Com base nos dados recolhidos, os investigadores concluíram que as pessoas mostram uma "tendência natural" para reduzir os seus contactos sociais, processo este que é intrínseco e que começará por volta dos 60 anos. A partir desta idade, os sujeitos experimentam uma progressiva redução do seu envolvimento afectivo com o meio e a diminuição da quantidade e da qualidade das trocas sociais faz-se acompanhar de um estreitamento dos contextos de vida e de aumento das preocupações consigo mesmo, por exemplo, em termos de saúde.

Se, por um lado, os dados recolhidos no Estudo sobre a vida adulta de Kansas City indicam uma mudança acentuada no grau e na qualidade da actividade desempenhada em vários papéis sociais (no sentido de um afastamento do meio externo), os mesmos dados sinalizam, por outro lado, que o desligamento psicológico é anterior ao social. A acontecer assim, estamos perante um fenómeno de natureza essencialmente intrínseca e subjectiva, o que vai ao encontro da ideia do "Grupo de Chicago", para quem o processo de desligamento caracterizado por uma limitação do envolvimento social representa um mecanismo adaptativo, visando alcançar um novo equilíbrio entre as solicitações do meio e os recursos pessoais disponíveis, prevenindo o stress e preservando a satisfação de vida (Havighurst, Neugarten e Tobin, 1968).

Esta conclusão é, no entanto, discutida por Paúl (1996), pois o facto de o desligamento psicológico ser anterior ao social pode "ser apenas uma resposta antecipatória, defensiva, face a uma eventual rejeição por parte do meio" (p.17). Aliás, muito embora estivesse fundamentada em dados empíricos, a teoria do desligamento mereceu críticas logo por altura do seu aparecimento, nomeadamente, por Maddox (1968, in Paúl, 1996), para quem é mais provável que o desligamento se verifique em pessoas já muito idosas (do que simplesmente idosas ou ainda a caminho de o serem), cujo debilitado estado de saúde reduz a capacidade de assumir qualquer papel social, ou naquelas pessoas para quem o desligamento constituía já o seu estilo de vida anterior à velhice: "o padrão de desligamento é visto mais adequadamente como a continuação de um estilo de vida de um indivíduo particular, do que o culminar de um processo característico de todos os idosos" (Maddox, 1968, in Paúl, 1996, p.19). Nesta mesma linha pronunciam-se também Hoffman, Paris e Hall (1994): "Parecem existir muitas formas de adaptação ao envelhecimento, sendo cada uma delas a continuação da forma característica de adaptação usada pela pessoa durante a idade adulta jovem e a meia-idade. Idosos desligados eram também adultos de meia-idade desligados e jovens adultos desligados" (p.540).

Com efeito, encarada na sua forma original, a teoria do desligamento foi perdendo força à medida que novos estudos davam conta da inexistência de

uma relação directa entre desligamento e satisfação de vida, bem como de que o desligamento não é um processo adaptativo universal, inevitável e seguido por todas as pessoas:

Barreto (1988) salienta a necessidade de diferenciar entre desligamento voluntário e involuntário, ou seja, é muito diferente a situação da pessoa que se "desliga" voluntariamente daquela que se vê obrigada (por motivos diversos) a "desligar-se" do meio familiar, social e laboral em que assentava a sua vida, sendo esta última forma de desligamento acompanhada geralmente de insatisfação:

Papalia e Olds (1992) dão conta que o desligamento parece não ter tanto a ver com a idade mas antes com factores como personalidade, estatuto de saúde, viuvez, reforma, condições económicas, referindo ainda um estudo onde se dá conta que o desligamento emocional de pessoas e da vida social parece estar sobretudo associado à iminência da morte:

Hoffman, Paris e Hall (1994) evidenciam que a investigação antropológica mostrou que em algumas culturas os idosos permanecem fortemente comprometidos socialmente até morrerem e que, mesmo no ocidente, ainda que à velhice possa associar-se a perda de papéis sociais, isso não significa necessariamente que as pessoas idosas se desligam da vida.

Em linha com a postura crítica por si adoptada relativamente à teoria do desligamento, Maddox foi um dos precursores da ideia de continuidade como mecanismo adaptativo, algo que Atchley virá a desenvolver e a formalizar. Para Atchley (1992), algum desligamento social, designadamente na forma de abandono de actividades sociais, pode ser naturalmente suscitado por um desejo de simplificação da existência, em ordem a uma vida mais tranquila e relaxada, que deixe mais tempo para a contemplação e para a introspecção. Por outro lado, também é verdade que algumas formas de desligamento não derivam propriamente de uma escolha dos próprios, sendo causadas pela discriminação com base na idade e na falta de oportunidades de participação social. Atchley sugere, por isso mesmo, uma teoria da continuidade, por oposição à teoria do desligamento, como um mecanismo básico de adaptação ao envelhecimento: "A teoria da

continuidade assume que as pessoas agem de forma a adaptarem-se, enquanto a teoria do desligamento assume que as pessoas deixam de agir de forma a adaptarem-se" (Atchley, 1992, p.339).

Para Atchley (1992), se é certo que, com o avanço da idade, é natural e esperado as pessoas virarem-se para o interior de si mesmas à procura de sentido para a vida, esse aumento de interioridade não se traduz obrigatoriamente num abandono e num impacto negativo, respectivamente, sobre as suas actividades sociais e ao nível da respectiva satisfação de vida. Atchley sugere, finalmente, que o desligamento das actividades sociais para "ganhar mais tempo" para as actividades interiores está associado à proximidade da morte, não à velhice.

3.

Quem não morre novo, de velho não escapa! Esta é talvez a única certeza que o ser humano tem. Ainda que acredite que vai sobreviver à própria morte, ela é um facto inexorável da existência humana. A morte, considerada um assunto da ciência a partir da biomedicalização da vida, é agora regulada pelo saber da medicina, que define o que é estar morto através de vários critérios, sendo a versão mais actual o critério da morte cerebral. Do saber da medicina ou da sua ignorância acerca dela, como salienta o neurocirurgião João Lobo Antunes: "Aos nossos alunos limitamo-nos a ensinar a medicina triunfal, a medicina do progresso científico e tecnológico, em que a morte surge quase, como disse alguém, como uma opção" (Antunes, 2005: 101).

Um reflexo da enorme dificuldade que temos em lidar com a morte é o facto de as pessoas evitarem mesmo usar a palavra "morte", servindo-se de expressões como "foi-se", "apagou-se", "passou-se". Evita-se o preto, o choro e os próprios familiares não vêem muitas vezes o corpo. Muitos adultos nunca viram ninguém morto. Morrer em casa implica mais ansiedade para o moribundo e para sua família, que não tem recursos para controlar a dor e retardar a morte. Talvez por tudo isto mesmo o morrer acontece cada vez mais em meio hospitalar e todas as rotinas, antes a cargo da família, são realizadas agora por técnicos de saúde e pelos funcionários

das agências funerárias.

Porém, o conceito mais ou menos científico de morte é irrelevante quando se trata do sentimento de perplexidade do homem perante o fim. Como vimos, a consciência pessoal de que a morte se aproxima surge lentamente com o passar dos anos ou com o evoluir de uma condição de doença, por vezes de forma depressiva e exasperante, outras vezes de forma pacífica, construída com abnegada aceitação. Na era cartesiana, com corpos que alojam almas, morrer significa que a "caixa", como lhe chama o cineasta Manoel de Oliveira, fica inevitavelmente gasta, ainda que a mente resista à erosão do tempo. Mas quando o corpo não responde, também a mente acabará por morrer.

Sob o ponto de vista psicológico e desenvolvimental, a morte tem, acima de tudo, o significado da vida que a antecede (Paúl e Fonseca, 2001). Por outras palavras mas mantendo uma linha de continuidade entre a vida e a morte, The President's Council on Bioethics (2005) defende que "as nossas ideias sobre a morte moldam obviamente a forma como encaramos o envelhecimento" (p.31). E uma morte sem dor, uma morte asséptica, é apenas assunto de anatomistas ou de cientistas absurdamente desligados do mundo dos vivos. A importância da morte é equivalente à importância da vida de qualquer um. O escritor José Cardoso Pires chamou "morte branca" à "vida sem memória" após um acidente vascular cerebral (Pires, 1997). A memória de nós e a memória dos outros sobre nós próprios define-nos, afinal, como vivos ou mortos. Ao ler o *De Profundis, valsa lenta*, constata-se a presença discreta da Edite (mulher de Cardoso Pires). A mulher de um homem sem identidade, que não se perturba face ao seu sofrimento, que desconhece o seu nome, que lhe rouba uma grande parte da sua vida na sua desmemória. Aqui a morte é o apagar da memória.

Nos seus estudos sobre a morte, Ariés (1975) faz-nos um retrato histórico da morte nas civilizações Ocidentais. Muito resumidamente, podemos dizer que até há poucos anos a morte sucedia na própria casa, na cama, sendo um acto público, organizado, a que o moribundo presidia, conhecendo o protocolo a seguir. Os médicos do século XVIII queixavam-se mesmo da sobrelotação dos quartos dos moribundos. As pessoas seguiam

o padre que ia dar a extrema-unção e todos entravam na casa do que agonizava. No quarto permaneciam os familiares, amigos e vizinhos, crianças ou adultos. A seguir à extrema-unção, o moribundo, caso estivesse capaz, chamava cada pessoa das suas relações mais próximas, independentemente da idade, a todas dirigindo umas palavras e um adeus especial. A morte era algo familiar e morria-se sem medo nem desespero, resignado e confiando em Deus. Esta atitude teve a sua expressão pública máxima no início do século XIX com os rituais do enterro e do luto da época romântica, em claro contraste com a actual recusa da morte.

Mas a partir da segunda metade do século XIX a morte passou a ser ocultada e dissimulada junto do moribundo, transformando-se progressivamente de algo familiar em algo interdito, passando o doente do ciclo familiar para o ciclo médico. A linguagem utilizada à sua volta é a linguagem médica, o doente é isolado das outras pessoas, atrasa-se o mais possível o abandono do indivíduo à morte mas, por fim, ainda se lhe concede o direito do adeus. Os ritos funerários permanecem de carácter público. A burguesia do fim do século XIX tem já uma atitude face à morte idêntica à actual, ou seja, há uma repugnância crescente em admitir a morte, quer a própria quer a do outro, o que implica um isolamento moral do moribundo, uma ausência de comunicação que resulta no que Ariès chama a medicalização do sentimento de morte. Enquanto o médico de tempos passados acompanhava o moribundo a par com o padre e com a família, ele assume agora o poder absoluto, principalmente quando o doente vai para o hospital, onde o médico domina, como senhor da ciência e detentor do poder.

Quem decide agora como (e até mesmo quando) se deve morrer são os profissionais de saúde com a cumplicidade da família e da sociedade. Nas sociedades industriais, o moribundo já não se apercebe do aproximar da morte, isso é algo, aliás, que ele não deve saber. O momento da morte é retardado mais e mais tempo no hospital, onde o *locus* da morte agora se situa, mas ninguém ajuda os moribundos a morrer. Nas sociedades industrializadas a morte tomou o lugar do interdito sexual. A morte é solitária e humilhante. Os moribundos não têm estatuto e, portanto, não têm

dignidade e apenas se lhes pede para não despertarem nos técnicos as insuportáveis emoções da morte. No presente, a morte social, essa ausência de estatuto, antecede por vezes em muito a morte biológica (Paúl e Fonseca, 2001).

Ao contrário da visão clássica de Ariès sobre a morte, em que esta surge como o último dos tabus, Bauman (1998) escreveu um interessante ensaio sobre "as aventuras pós-modernas da vida e da morte", em que defende que nunca a morte foi tão exposta e banalizada como no presente. O tabu de falar e observar a morte desvaneceu-se, pelo que, actualmente, a morte está continuamente presente através dos media, tornando-a inofensiva na sua nova roupagem higiénica e profana, reduzida à dimensão de um dos muitos problemas do homem. Este autor refere o paradoxo da luta contra a doença levado a cabo pela medicina moderna, na busca incessante de vitória sobre as causas da morte, uma a seguir a outra, como se a morte não surgisse tão inevitável como no início dos tempos ou como se, de algum modo, o envelhecimento não trouxesse consigo uma série de "pequenas mortes" (The President's Council on Bioethics, 2005).

Rodeiam-nos, pois, uma grande diversidade de discursos sobre a morte e, no meio desta coabitação de discursos, o Hospital é efectivamente o local por excelência em que a morte acontece nos nossos dias. São mortes anunciadas, lentas, tecnológicas. O problema que finalmente conduzirá à morte começa por ser uma rotina do serviço médico e de enfermagem, centrado mais na doença do que na pessoa, mais na cura do que no cuidado e no conforto. Frequentemente sucedem-se actos agressivos e gratuitos para prolongar a vida, até que os técnicos desistem e correm a cortina, deixando o moribundo só, confrangidos, desconfortáveis, mas inaptos para agir de outra forma. E as pessoas morrem frequentemente sós. Mecanizam-se as rotinas de preparação do corpo (completadas pelos profissionais das agências funerárias) e informa-se a família, sumariamente, pelo telefone. Quando a família chega, quase nunca há espaço nem disponibilidade dos técnicos para os familiares. O contexto hospitalar, inadequado para a expressão da dor, é visto frequentemente como o alibi ideal para o desajustamento dos comportamentos dos profissionais face à dor dos outros

e face ao seu insucesso curativo, que crêem como missão.

No presente, a preparação dos técnicos de saúde para lidarem com a morte é mínima ou mesmo nula. Se a actual cultura não promove, através da socialização, a aprendizagem social e informal de atitudes e comportamentos adequados perante a morte, própria ou dos outros, há que organizar outras formas de aprendizagem dirigida aos profissionais de saúde que lidam com esse problema, há que promover uma aprendizagem formal e dirigida com muita pertinência para os técnicos que profissionalmente têm contacto diário com essa problemática (Paúl, 1995).

4.

De acordo com Glaser e Strauss (1968), a ocorrência da morte pode ser encarada como um processo que atravessa os seguintes estados: (i) definição do paciente como estando a morrer; (ii) preparativos por parte da família, bem como do paciente (se tiver consciência do facto), para a morte que se aproxima; (iii) momento em que se considera não haver mais nada a fazer para evitar a morte; (iv) final descendente, que pode demorar semanas, dias ou horas; (v) últimos momentos; (vi) observação da morte; (vii) morte propriamente dita.

O modelo proposto por Kubler-Ross (1969), por sua vez, assinala um conjunto de fases por que passam os doentes terminais relativamente à forma de encarar a sua própria morte:

- Negação: é uma fase caracterizada por uma defesa temporária, que é mais tarde substituída por uma aceitação parcial. Serve de "pára-choques" para notícias inesperadas e chocantes. Esta necessidade de negação é mais frequente no início da doença e revela-se, por exemplo, quando a pessoa fala da sua doença e encara a morte, mas sem perder a esperança de continuar a viver. Aos poucos, o doente vai perceber a sua negação e começa a utilizar defesas menos radicais.

- Raiva: é mais difícil de lidar do que a fase de negação, devido ao facto destes sentimentos de raiva se propagarem em todas as direcções: família, técnicos de saúde, ambiente, Deus... Além deste sentimento surgem ainda a

revolta, a inveja e o ressentimento. O doente questiona-se Porquê eu? e, acima de tudo, procura ter a certeza de não estar a ser esquecido.

- Negociação: é a fase menos conhecida mas bastante útil ao doente, embora por um tempo muito curto. É uma tentativa de adiamento da morte através de algum tipo de acordo. Implica uma promessa implícita, que inclui um prémio merecido por "bom comportamento". A maioria das negociações é feita com Deus e geralmente mantidas em segredo. Os principais objectivos desta fase são o prolongamento da vida, o alívio do sofrimento, a realização de um desejo.

- Depressão: ocorre geralmente quando o doente não pode mais negar a sua doença, isto é, quando não a pode esconder devido à sua evolução. A revolta, a raiva e o alheamento cedem agora a um sentimento de grande perda. Kubler-Ross define dois tipos de depressão neste tipo de pacientes: a depressão reactiva e a depressão preparatória. A depressão reactiva aparece face a um sentimento de impotência, começando os doentes a sentirem-se sem esperança perante o seu estado de saúde. Muitas vezes, tal sentimento está relacionado com problemas vitais do doente que necessitam de ser cuidados. A depressão preparatória consiste numa experiência de perda iminente de todos os objectos amados. Neste tipo de depressão não faz sentido encorajar o doente, mas antes permitir que ele exteriorize o seu pesar, pois isso leva-o a aceitar mais facilmente a sua situação. É geralmente um estado silencioso, em que a interferência excessiva de visitas retarda a preparação emocional do doente para lidar com o momento inevitável que se aproxima.

- Aceitação: o doente deixa de se sentir deprimido quanto ao seu "destino", já que teve oportunidade para exteriorizar os seus sentimentos, a sua inveja pelos saudáveis e a sua raiva por aqueles que não são obrigados a enfrentar a morte tão cedo. Na maioria dos casos o doente está cansado e bastante fraco, desejando que o deixem só ou, pelo menos, que não o perturbem com notícias ou problemas do mundo exterior. Deixando de ter vontade de conversar, é no entanto reconfortante para o doente que nunca deixemos de o visitar nesta situação, o que o fará sentir que não foi esquecido quando nada mais pode ser feito por ele.

O modelo de Elisabeth Kubler-Ross não pretende ser um modelo normativo. De facto, apesar de não ter sido intenção da autora que o seu modelo diga às pessoas o que e como se devem sentir face à sua própria morte, muitas vezes é usado e entendido dessa forma. As respostas emocionais dos doentes podem não estar de acordo com o modelo exposto e estes podem experimentar sentimentos distintos daqueles que Kubler-Ross identificou.

A partir destas diferentes situações, deve colocar-se a questão acerca do que é melhor para as pessoas e daquilo que elas realmente desejam. De facto, não havendo consenso sobre esta matéria, há que respeitar as pessoas que preferem não saber o que se passa na verdade com elas, o que não iliba o corpo clínico de estar sempre preparado para dizer a verdade. Não nos parece viável dar apoio psicológico a doentes terminais sem que a relação se estabeleça numa base de confiança e de verdade, sem a qual todo o processo resultará viciado.

Do ponto de vista da ajuda, o que Rogers (1990) e Shipman, Levenson e Gillam (2002) aconselham que se faça ao moribundo é o alívio da dor e proporcionar-lhe o maior conforto possível. De resto, é importante ouvi-lo, permanecer junto dele e procurar manter a auto-estima do doente, que sabe ter mau aspecto, estar incontinente ou ter mau odor (devido a um cancro, por exemplo). Há que manter a conversa, mesmo quando o doente parece não reagir e há que estar atento aos seus desejos relativamente a assuntos espirituais. O apoio psicológico a dar nestas circunstâncias passa sobretudo pela disponibilidade e aceitação incondicionais, facilitando a expressão dos afectos, muitas vezes contraditórios e agressivos, ou a reserva dos sentimentos, levando o doente a regressar a formas muito primitivas de comunicação não verbal.

Como já se referiu, é importante ajudar a família, o que pressupõe uma série de atitudes e de comportamentos que passam por receber a família de forma calorosa e cumprimentar as pessoas pelos nomes, oferecer um café, tornar claro que a presença dos familiares não constitui um incómodo, encorajá-los a dizer o que sentem e que está a ser feito tudo o que é possível e necessário, perguntar-lhes se querem estar com o moribundo quando ele

morrer, oferecer um sofá ou divã próximo do moribundo e, depois da pessoa morrer, perguntar se querem ver o corpo preparando esse momento com sensibilidade. Haverá situações em que é necessário recorrer a intervenções mais activas de controlo de ansiedade e a ocorrência de situações como a elaboração de sentimentos de culpa ou a depressão exigem, obviamente, técnicas de intervenção psicológica específicas e com indicação caso a caso. Em todas as circunstâncias, é necessário que o técnico esteja atento e seja capaz de lidar também com os seus próprios sentimentos.

No seguimento da morte há, finalmente, todo um processo mais ou menos longo e doloroso de luto que é necessário elaborar, quer no plano individual quer no plano familiar. O processo de luto incluirá, segundo Gorrer (1965), os seguintes estádios: (i) pequeno período de choque até à deposição do corpo; (ii) período de luto intenso, acompanhado de afastamento do mundo externo e acompanhado de mudanças fisiológicas, por exemplo, do sono e do apetite; (iii) período de restabelecimento da homeostase física e social, com estabilização do sono e do peso e com o interesse de novo dirigido para o mundo exterior.

O apoio às pessoas mais directamente envolvidas no desenrolar deste processo de luto é outra das frentes de acção que uma intervenção psicológica neste domínio não pode descurar, evitando tanto quanto possível o aparecimento de situações de luto patológico, de difícil resolução e potencialmente geradoras de situações de grande instabilidade pessoal e familiar.

Referências

- ANTUNES, J.L. (2005). *Sobre a mão e outros ensaios*. Lisboa: Gradiva.
- ARIES, P. (1975). *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Age à nos jours*. Paris: Seuil.
- ATCHLEY, R. (1992). What do social theories of aging offer counselors? *The Counseling Psychologist*, 20, 2, 336-340.
- BARRETO, J. (1988). Aspectos psicológicos do envelhecimento. *Psicologia*, VI, 2, 159-170.

BAUMAN, Z. (1998). Postmodern adventures of life and death. In G. SCAMBLER e P. HIGGS (Eds), *Modernity, medicine and health*. London: Routledge.

BIRREN, J. (1995). New models of aging: Comment on need and creative efforts. *Canadian Journal on Aging*, 14, 1, 1-3.

BRIM, O., KAGAN, J. (1980). *Constancy and change in human development*. Cambridge: Harvard University Press.

BUNZEL, J. (1972). Note on the history of a concept – Gerontophobia. *The Gerontologist*, 12, 116.

BYTHEWAY, B. (2000). Youthfulness and agelessness: a comment. *Ageing & Society*, 20, 781-789.

FONSECA, A.M. (2004). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

FONSECA, A.M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

GLASER, B., STRAUSS, A. (1968). *Awareness of dying*. Chicago: Aldine.

GORRER, G. (1965). *Death, grief and mourning in contemporary Britain*. London: Cresset Press.

HAVIGHURST, R., NEUGARTEN, B., TOBIN, S. (1968). Disengagement and patterns of aging. In B. NEUGARTEN (Ed.), *Middle age and aging*. Chicago: University of Chicago Press.

HAZAN, H. (1994). *Old age: Constructions and deconstructions*. Cambridge University Press.

HOFFMAN, L., PARIS, S., HALL, E. (1994). *Developmental psychology today* (6th ed.). New York: McGraw-Hill.

KARP, D. (1988). A decade of reminders: Changing age consciousness between fifty and sixty years old. *The Gerontologist*, 6, 727-738.

KUBLER-ROSS, E. (1969). *On death and dying*. New York: MacMillan.

LEHR, U. (1993). Models of well-being in old age and its consequences. In J. SCHROOTS (Ed.), *Aging, health and competence*. Amsterdam: Elsevier.

LERNER, R., EASTERBROOKS, M., MISTRY, J. (Eds.) (2003). *Handbook*

of psychology. Vol. 6 - Developmental psychology. New York: John Wiley & Sons.

LERNER, R., HULTSCH, D. (1983). *Human development: A life-span perspective*. McGraw-Hill Book Co.

McHUGH, K. (2003). Three faces of ageism: society, image and place. *Ageing & Society*, 23, 165-186.

PAPALIA, D., OLDS, S. (1992). *Human development* (5th ed.). McGraw-Hill.

PAÚL, C. (1995). Acompanhamento psicológico de doentes crónicos e terminais. In T. MCINTYRE e C. VILA-CHÂ (Eds.), *O sofrimento do doente: leituras multidisciplinares*. Lisboa: APP.

PAÚL, C. (1996). *Psicologia dos idosos. O envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.

PAÚL, C., FONSECA, A.M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.

PIRES, J.C. (1997). *De profundis, valsa lenta*. Lisboa: Publicações D. Quixote.

ROGERS, J. (1990). *Caring for people. Help at the frontline*. Philadelphia: Open University Press.

SHIPMAN, C., LEVENSON, R., GILLAM, S. (2002). *Psychosocial support for dying people. What can primary care trusts do?* London: King's Fund.

THE PRESIDENT'S COUNCIL ON BIOETHICS (2005). *Taking care. Ethical caregiving in our aging society*. Washington: The President's Council on Bioethics.