

A conspiração do silêncio no ambiente hospitalar: quando o não falar faz barulho¹

A conspiracy of silence in the hospital environment: when the talk is not noise

Camila Christine Volles²

Greici Maestri Bussoletto³

Giseli Rodacoski⁴

Pos Graduação em Psicologia Hospitalar, Faculdades Pequeno Príncipe

RESUMO

O presente estudo traz em seu contexto a abordagem do silêncio como forma de expressão no ambiente hospitalar, suas várias facetas e presentificações. Objetivou-se avaliar de que forma o silenciar apresenta-se entre paciente, família e equipe diante de um diagnóstico, tratamento ou terminalidade. No total foram dez participantes, seus familiares e equipe multiprofissional envolvida. Tomou-se um questionário semiestruturado para poder se ter um norte do que seria levantado para responder aos questionamentos e hipóteses criadas inicialmente. Nos resultados observou-se que em momentos o silêncio aparece como proteção seja do familiar, do paciente ou da equipe; em outros momentos como uma forma de expressão que faz barulho; ora como uma escolha, ora como uma imposição. Mas em todos os momentos percebe-se que o silêncio vem camuflar ou maquiagem uma situação que traz consigo dor, angústias e medos diante do desconhecido ou da certeza inaceitável. Pode-se considerar que através da busca em tentar compreender como e por que acontece o silêncio, obtiveram-se ricas demonstrações da fragilidade humana diante de si e do outro; diante da saúde e doença; diante da vida e da morte.

Palavras-chave: Conspiração do silêncio, Fragilidade humana, Humanização.

¹ Trabalho realizado para obtenção do título de Especialista em Psicologia Hospitalar pelas Faculdades Pequeno Príncipe entre 2008 e 2009 e vencedor da categoria Sênior no VIII Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar.

² Especialista em Psicologia Hospitalar. Pos Graduação em Psicologia Hospitalar, Faculdades Pequeno Príncipe.

³ Mestre em Psicologia Clínica e Especialista em Psicologia Hospitalar. Pos Graduação em Psicologia Hospitalar, Faculdades Pequeno Príncipe.

⁴ Mestre em Educação, especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde, Doutoranda do programa Pró-Ensino na Saúde. Pos Graduação em Psicologia Hospitalar, Faculdades Pequeno Príncipe E-mail: greici_maestri@yahoo.com.br

ABSTRACT

This study brings into context the approach of silence as a form of expression in a hospital environment, its various facets and presentifications. To assess how the silence presents itself between the patient, family and staff before a diagnosis, treatment or terminal. A total of ten participants, their families and the multidisciplinary team involved. Became a semi - structured to be able to have a north that would be raised to answer the questions and hypotheses initially created. There was a silence that at times appears to be protective of the family of the patient or staff, and other times as a form of expression that makes noise, sometimes as a choice, either as an imposition. But at all times realize that silence comes camouflaging or disguising a situation that brings pain, anguish and fears of the unknown or certainly unacceptable. By looking at trying to understand how and why the silence happens, we obtained a rich demonstration of human frailty in the face of self and others, on health and disease, with life and death.

Keywords: Conspiracy of silence, Human frailty, Humanization.

Introdução

O processo de adoecimento é vivenciado de diversas formas, variando de paciente para paciente, e de familiares para familiares. Compreender essa dinâmica de cada parte envolvida é a primeira grande tarefa do psicólogo no ambiente hospitalar (Romano, 2001).

Durante este processo, as partes envolvidas se utilizam de diferentes formas de comunicação. Uma dessas aparece de maneira mascarada, silenciosa. O não falar pode vir acompanhado de falhas na comunicação; enfraquecer e estreitar laços; pode causar o isolamento, quando o mesmo está demonstrando uma possível fragilidade psíquica; pode passar indiferença, hostilidade, quando na verdade está denunciando justamente o contrário, um silêncio velado, um fazer de conta que está tudo bem, denunciando algo que não se faz compreensível ou suportável (Ismael & Oliveira, 2008).

O estresse gerado diante de um diagnóstico de doença grave pode criar uma comunicação muito mais plena e profunda entre seus membros e, em outras situações, ter o efeito oposto. Além do diagnóstico, quando aborda-se o

tema da morte ou a sua iminência, o paciente dificilmente verbaliza sobre isso a alguém. Porém, aceitá-la com condição humana torna-se saudável, no sentido de que por meio do acesso à palavra, a morte é significada e possivelmente elaborada (Násio, 1997).

Nesse sentido, Neme (2003) aponta que o não saber pode ser mais angustiante e assustador pois deixa o outro submisso a este desconhecido, o que remete a total perda de controle de tudo, e nesse caso, de seu corpo, de sua vida. Do contrário, como lutar contra uma doença, se ela “não existe”? E o que a fez não existir, não “poder” existir, ou ainda, não poder existir como ela de fato é?

Segundo Kitajima e Cosmo (2008), pacientes em período de internação e tratamento apresentam freqüentemente dúvidas, medos e inseguranças que podem ser minimizados, evitando quadros de ansiedade e depressão através de uma boa comunicação realizada entre a equipe e este paciente. Porém, quando esta comunicação se esvaece, surge o silêncio que denuncia, mascara, faz ruído e encobre.

Kitajima e Cosmo (2008) pontuam que com o avanço tecnológico, muito da subjetividade implicada na relação paciente – família – equipe deixou de ser considerada, o que acaba por dificultar uma compreensão multidimensional deste paciente. O psicólogo enquanto profissional inserido em instituições hospitalares pode escutar pacientes, familiares e profissionais, sabendo que a palavra pode ajudar o ser a suportar melhor a condição humana.

Diante disto, questionou-se: de que forma a comunicação existente entre paciente, família e equipe torna-se uma comunicação velada, maquiada, onde o que prepondera é um silêncio sem fim, quando se tem tanto pra falar, mas não existem palavras para se expressar, criando uma conspiração do silêncio entre todos os envolvidos.

Método

A pesquisa realizada baseou-se no tipo de pesquisa exploratória. Este tipo de pesquisa visa proporcionar maior familiaridade com o problema visando torná-lo explícito ou a construir hipóteses sobre o tema. Após a aprovação do

comitê de ética, foi exposta a pesquisa aos diretores dos hospitais escolhidos, que concordaram com a realização da pesquisa em sua instituição. No total, foram nove pacientes adultos, e uma adolescente com 16 anos, sendo seis do sexo feminino e quatro do masculino, com idade entre 26 a 81 anos. Todos os participantes estavam internados em dois hospitais gerais, sendo que, quando apresentassem em contato com seus familiares e profissionais da equipe médica o silêncio como expressão e forma de comunicação, seja através da resistência ao falar, dificuldade de comunicação entre os participantes, ou ainda, ausência de uma comunicação efetiva entre a tríade sobre a doença, tornando-se uma comunicação superficial, estes eram então convidados a participarem da pesquisa. Não houve critérios de exclusão tais como sexo, patologia ou tempo de internação, visto que a forma de comunicação utilizada pelos pacientes, independentemente do seu quadro, é singular e único. Inicialmente foi realizada observação em campo, sendo apresentado então o termo de consentimento livre e esclarecido, garantindo o sigilo das informações e a fidedignidade e responsabilidade do estudo e das pesquisadoras. Posterior a esse passo, era então aplicada a entrevista semiestruturada, baseada no modelo de avaliação psicológica de Fongaro e Sebastiani (2003), modificada para atender os objetivos do estudo, que permitia que o paciente tivesse a liberdade para falar além do que se perguntava. Da mesma forma decorreram-se os contatos com familiares e equipe, também através de uma entrevista semiestruturada, mais simplificada, juntamente com a observação de campo realizada.

Resultados e Discussão

Para análise destes dados foram selecionados fragmentos de casos clínicos que fossem elucidativos para entendimento do problema. Em seguida, todos os dados foram quantificados através da técnica de categorização proposto por Bardin (1997). A seguir as categorias extraídas a partir de fragmentos dos discursos dos participantes.

Realidade ou ficção: a estória que é contada

Diante dos relatos e da observação constatou-se que a realidade, algumas vezes se mostra mais dura do que o que pode ser nomeado como “tolerável”, criando-se uma estória que seja suportável a todos (pelo menos se acredita nisso). A mesma se dá ao minimizar alguma informação, ao omitir outra, ao silenciar, ao adiar dados da realidade entre outras situações. Como no caso do participante 5 quando o não nominar a palavra câncer objetivava minimizar a dor e efeito do diagnóstico: *“agora eu tenho uma esperança de ficar bom e voltar a ter vida normal, porque pelo que o médico disse é só uma bola de carne que ta me atrapalhando.”* (SIC); da mesma forma a família partiu do pressuposto da “bola de carne” e a manteve no seu discurso.

Nesse sentido, Kübler-Ross (1998) nos traz que quanto mais o médico puder falar com franqueza com seus pacientes sobre o diagnóstico e demonstrar-se disponível para estar com ele nesse período, este promoverá uma maior aproximação e melhor relação entre a tríade o que conseqüentemente surge como facilitador ao tratamento.

Mas há um artifício utilizado que é contar a história que se deseja, a parte que se suporta contar, para que a dor e o sofrimento do outro, de certa forma, não tomem as proporções que “poderiam”. Mas ela (história) muitas vezes toma um caminho bem diferente do que se era esperado, como se observa: *“não falaram que teriam chances de não dar certo. Me enganaram, mentiram pra mim e agora estou aqui, pior do que quando vim pra cá.”* (SIC) (Participante 2).

A não suportabilidade diante do real, coloca os familiares na posição de heróis e vilões da história. Como no caso da mãe da participante 7 que evita falar da tentativa de suicídio da filha: *“Ainda bem que ela está bem, [...] não sei o que deu nela para fazer isso. Bom como ela está dormindo volto no outro horário apenas gostaria de pedir para o doutor e para as enfermeiras que ninguém fale pra ela por que ela esta aqui”* (SIC). Em contrapartida, a filha relata: *“Minha mãe apenas está aqui porque sabe que isso também tem a ver com ela, nunca foi presente, mas tem medo do que os outros vão falar sobre isso, mas nem ouve o que tenho para falar”* (SIC). A comunicação era falha.

Encenava-se o tempo todo, de ambos os lados, pois foi a forma que encontraram para não entrar em contato com a dor da outra e a sua.

Ao não dizer, sofre-se de maneira solitária. Ao não dizer, consente-se em encobrir a realidade. Guarda-se para si. Mas quem não suportaria ouvir? Como no familiar do participante 4: *“Eu não tenho coragem de contar a eles (familiares) que ela tem AIDS, então eu prefiro sofrer sozinho com isso e não falar para eles, mas não sei o que falar?”* (SIC).

Da mesma forma a situação se repete com a participante 6: *“Eu não entendo o que eles querem com isso, eu tenho dor, não vou para casa, e dizem que estou bem. Eles ficam tristes quando eu não estou bem, por isso disfarço a minha dor e a minha preocupação. Nem falar com o médico junto de mim eles falam daí que me pergunto: será que eu estou realmente melhorando? mas toda vez que falo isso eles mudam de assunto”* (SIC). O falar não tinha voz ou vez naquele ambiente, sendo então o silêncio menos aversivo ou invasivo. Uma conspiração do silêncio que não teve tempo de ser modificada, pois cerca de um dia depois, a paciente veio a óbito, quando então a sua filha emocionou-se diante dela dizendo: *“Ela morreu sem saber o que realmente tinha, sinto-me culpada agora!”* (SIC). A paciente sabia. A filha sabia. E a morte, foi solitária assim como a relação que se desfragmentava no momento em que cada um fez o que achava ser melhor.

Para Kübler-Ross (1998), os pacientes fingem não saber quando médicos e parentes são incapazes de revelar o verdadeiro estado de saúde e quando alguém se decide a contar, isso permite que mantenham suas defesas durante o tempo que sentirem necessidade. *“Eu sei que não vou voltar mais aqui, por isso, reze por mim, porque todo mundo que têm câncer morre com dor, e quem tem AIDS morre sozinho!”* (Participante 4).

Proteção ou Projeção: o Silêncio justificado

Na exploração desta categoria dois aspectos podem ser relacionados: quando o silenciar busca proteger o enfermo e outro aspecto é quando este silenciar busca proteger o próprio familiar. Em muitos casos, percebe-se nos discursos dos cuidadores esse objetivo de proteger seu familiar (paciente),

como se ele mesmo não fizesse parte dela, excluindo-o das tomadas de decisões. No caso da participante 6, a filha relata que esta proteção vem de encontro a uma realidade pré – estabelecida nesta estrutura familiar: *“Meus pais já sofreram muito na vida, em função disso tudo, tenho medo que minha mãe não suporte mais este fardo, além de que, meu pai é cardíaco. Eles não merecem mais isso, por isso decidimos poupá-los.”* (SIC).

Segundo Penna (2004) o que leva os familiares a filtrarem as informações que chegam ao paciente é justamente no sentido de poupá-lo de sofrimento ou de uma preocupação, buscando aliviar sua dor, ansiedade e angústia, preconizando sua saúde já debilitada. É o que aconteceu no caso do participante 1, situação em que a paciente estava com em estado crítico, mas a família acreditava que ela ficaria mais forte *“Se não falassem que deu errado. Eu a conheço. Ela é forte, luta muito e não desiste facilmente das coisas. Mas está muito fraca e se ela ficar triste sei que ela não vai resistir e nem vai conseguir fazer cirurgia”* (SIC).

Pode-se compreender que nem sempre o não falar é protetor e sim, uma demonstração de medo, querendo ou tentando proteger a si e ao outro. Como no caso da paciente 8, que após ter se recuperado do acidente e saído da UTI, seria lhe contado sobre o óbito de seu marido no mesmo acidente, porém toda a equipe foi pega de surpresa ao ser interrompida durante o atendimento onde foi-lhe questionado sobre suas lembranças do acidente e sua resposta foi imediata e voltada para sua filha: *“Se você quer me dizer que seu pai morreu, não precisa mais, quando vocês ficavam mudos ou mudavam de assunto eu sabia que algo de errado tinha acontecido, e todos vinham me visitar menos ele, o ruim é que eu não podia dizer para vocês que eu já sabia”* (SIC). E assim ela foi para o quarto, cercada por suas filhas e pela admiração de todos por sua postura frente a toda situação, gerando, sem sombra de dúvidas, a inquietação da equipe como um todo, que se perguntava: *“Desde quando será que ela sabia?”* (SIC). Típico caso em que as falhas na comunicação e o silêncio de palavras são substituídos pelo comportamento que denuncia e deixa claro.

O mesmo pode ser constatado no caso do participante 3, em que os assuntos vigentes em todos os momentos eram desconexos do momento de

hospitalização; situação que se repete na participante 6, onde não era permitido falar sobre a doença entre família, e a irmã, que era sua cuidadora e não tinha da mesma forma, espaço para falar de si, utilizando-se então de um caderno de anotações, como se fosse um pequeno diário, dizendo que: *“É minha forma de desabafo, não tenho ninguém com quem falar sobre isso, quando meus familiares vem visitá-la ficam falando com ela dos netinhos, da reforma da casa dela, parece que ninguém suporta ouvir as coisas que tenho a dizer como por exemplo: que o rim dela está piorando, que ela precisou do oxigênio porque os pulmões estão prejudicados e que ela não tem conseguido se alimentar direito, ou parece que eles não ouvem”* (SIC).

Há famílias que buscam suas justificativas ou explicações, como no caso dos familiares do participante 5: *“O que adianta a gente contar, ele vai se entregar, ele ainda acredita que vai ficar bom, deixa ele pensar que está melhorando, se não ele se entrega de vez.”* (SIC) Desta forma, era necessário que o contexto mantivesse essa verdade criada, camuflada e tolerável, através de conversas com a equipe longe do leito, sem o paciente, e junto dele apenas sorrisos, carinhos e palavras afetuosas, e quando alguma questão dele partisse, a resposta era automática *“Estamos cuidado de tudo, apenas descanse”* (SIC). E o resultado disso apareceu quando ele realmente descansou, sabendo apenas da “bola de carne”.

Penna (2004) utiliza-se da expressão “ostracismo emocional doloroso” a esse movimento de objetivar uma proteção ao paciente impedindo-o de tomar suas decisões quanto à sua vida e forma de tratar e compreender seu estado, bem como de poder entender o que acontece à sua volta e expressar seus medos e dúvidas sempre que necessário.

Essa tentativa de proteção acaba por enfraquecer laços, como na participante 4, em que o irmão traz para si toda a responsabilidade, pois, era o único que sabia do diagnóstico e optou por ficar em silêncio e não contar aos demais, *“assim só eu sofro em saber.”* (SIC).

Quando muitas vezes a família tem a intenção de proteger e não percebe que está na verdade prejudicando e afastando este familiar de si, este se sente cada vez mais isolado, inseguro, ansioso ao invés de protegido. Esse discurso vem em concordância com o que Kübler-Ross (1998) traz de que a tendência

da família é de fato ocultar do paciente seus sentimentos através de sorrisos e gestos contrários a angústia interior, comportamentos estes passíveis de sumirem mais tarde, pois a dor lateja e persiste no silenciar.

Nos casos atendidos, o silêncio passa a ser justificado através da proteção ao paciente, como traz Penna (2004) como uma forma de projeção do familiar de seus sentimentos e medos no paciente. Avalia-se desta forma que ele (paciente) não daria conta da informação que lhe fosse passada, onde na verdade é quem informa que apresenta tal medo e sofrimento. *“Não contamos para ela da gravidade do quadro dela porque o médico achou melhor, porque se nós contarmos ele acha que ela vai ficar muito mal, porque ela já tem um quadro depressivo”* (SIC) (Participante 6). Em todos os casos atendidos, os familiares buscavam justificar-se através desta proteção o seu silêncio, a sua escolha e decisão por não contar.

Assim, esta categoria e os fragmentos de casos atendidos demonstram que diante do adoecimento do outro, cria-se um pacto entre família e profissional. De um lado, ficam os que dominam a informação; do outro, os que não podem saber da real situação. O sujeito perde assim, sua voz ativa, sua condição humana e passa a ser excluído de seu papel de vida.

A Impotência diante do adoecer do outro

Quando o outro adoece, este nos traz a certeza de nossa vulnerabilidade física e emocional. *“Foi quando tiraram o meu rim. Esperei tanto para conseguir e agora me tiraram ele e ninguém me explica por que não deu certo.”* (SIC). Neste momento, a família se retirou do quarto. Não falava sobre o assunto. Não havia espaço para falar disso. A família, sempre incentivando e dizendo que logo ficaria bom. (Fragmento do caso do participante 2).

Barros (2004) cita um estudo realizado por Lilja e Rahal (1987) com pacientes crônicos onde as autoras encontram em seu levantamento de dados que os familiares destes pacientes apresentaram alto nível de estresse relacionado à culpa pela doença, sentimento de impotência e medo frente aos cuidados do paciente e sua doença. Desta forma, percebe-se que o sentimento de impotência acompanha o familiar que está como cuidador.

O sentimento de impotência acompanha o familiar que está como cuidador. O fato paralisava todos. A família e a equipe se mostravam impotentes. É como se por traz de toda a história, de todo esse velamento, contar a verdade, informá-la, seria matar a paciente. Optou-se então, pelo silêncio (Fragmento do caso do participante 6).

Ao silenciar, a família deixa de acolher a dor. Ao silenciar, a equipe mostra sua impotência. No participante 3, seus medos e inseguranças aparecem vagamente em seu relato, juntamente com a dificuldade de falar sobre junto a seus familiares quando diz: *“Eu não sei se conseguirei tocar minha vida como antes, ouvi uma enfermeira falar em ter que cortar minha mão fora, minha cunhada discutiu com ela e falou para ela não falar mais bobagens, mas isso não sai da minha cabeça, e ninguém fala disso comigo.”* (SIC).

Mas a impotência não parte apenas da família, mas também da equipe: *“Ela está melhorando a cada dia. O irmão já havia me pedido para não falar, eu disse que não falaria, mas que ele deveria acompanhá-la no posto mais perto da sua casa.”* (SIC). O quadro real era ignorado. A situação velada. O acontecido ilustra e reafirma a dificuldade deste profissional. Dar a notícia não desejada pode colocar o profissional em situação de impotência (Fragmento do caso do participante 3).

Diante dessa realidade, Kubler – Ross (1998) traz que a possibilidade de participar com a família de seus pensamentos e sentimentos auxilia na sua elaboração e enfrentamento da situação tão dolorosa.

Atitudes diante da dor do outro

A dor do outro muitas vezes fere quem está direta ou indiretamente ligado a ele. Seja espectador ou ator coadjuvante, estar com alguém que sofre, é no mínimo, paralisador.

Esse silêncio que esconde e denuncia tanto, que tanto diz. O que o silêncio denuncia? Nada como as palavras de Násio (1997, p. 155): *“É um grito surdo, um grito de silêncio, um grito que absorve. Não é um grito que expira, é um grito que aspira e esvazia o espaço [...]”*.

Diminuir ao máximo a dor daquele que amamos é algo muito mais comum do que se pode imaginar. Poupá-lo do sofrimento, é algo que se

manifesta por meio de vários comportamentos. *“Eu preciso falar do que to sentindo com ela (psicóloga)”* (SIC), a única resposta dada pelas cuidadoras era a mesma *“Ele não gosta de ficar sozinho, ele precisa da gente aqui, e não temos segredos, somos uma família unida”* (SIC).

Situações em que cuidador e paciente não sabem como lidar com o que sentem, nem com o que sabem acerca de si e do outro, como para a participante 9 onde o cuidado com o outro vinha da paciente *“Eu não gosto de ficar perguntando essas coisas na frente dela, porque ela vai perceber que eu estou com medo, porque estou mesmo, e ela já perdeu o meu irmãozinho por causa de um problema no coração.”* (SIC) e da mãe *“Eu tenho tanta coisa que queria saber, mas não posso passar para ela que não sei o que está acontecendo.”* (SIC). Ambas querendo se proteger e proteger a outra.

Como aponta Kübler - Ross (1998), que precisamos aprender a ouvir os nossos pacientes, porém isso só pode ser feito quanto tivermos a percepção de nossas defesas, para que estas não interfiram no cuidado do outro. E da mesma forma com as famílias, pois, não dar a notícia de algo que causará no mínimo desconforto, estendendo-se até o desespero máximo, é visto e representado como ato de amor *“[...] ela está muito mal. Está muito fraca e se ela ficar triste, sei que ela não vai resistir ...”* (Participante 1).

A postura dos profissionais também se apresenta de maneira a proteger aquele que tem uma notícia ruim a receber. Alguns profissionais, diante de sua fragilidade egóica, e seu sentimento de onipotência, tendem a fazer a vontade da família, não noticiando o temível. Para eles, não dizer, é admitir que nada mais se possa fazer, aonde surge o sentimento de impotência. *“É difícil lidar com essas famílias que escondem tudo do paciente, porque a gente nunca sabe se pode ou não falar alguma coisa, daí eles ficam nos olhando e a gente precisa adivinhar o que ta acontecendo”* (Participante 6)

Compactuar com o silêncio das palavras de um diagnóstico, muitas vezes denota uma incapacidade de dizer ao outro aquilo que ele não quer ouvir. Ele não quer ouvir? Mas como se pode saber o que o outro quer ou não ouvir? Notícias ruins nunca são esperadas, mas elas fazem parte do processo de vida, de morte e de certa forma o comportamento denota a subestimação que se faz do outro. Porém, eu darei a notícia. Sairá de mim e atingirá o outro.

Atitudes diante do silenciar: o nosso papel

Em seu livro “Sobre a morte e o morrer”, Kübler – Ross (1998, p.166) cita uma passagem muito similar aos casos até então apresentados e analisados:

Entrevistamos um marido que estava para morrer, e ele nos disse: sei que tenho muito pouco tempo de vida, mas não contem isso à minha mulher, por que ela não suportaria isto. Quando conversamos com sua mulher num encontro casual, ela repetiu praticamente as mesmas palavras. Ambos sabiam, mas nenhum deles tinha coragem de comunicar isto ao outro – e já tinham trinta anos de casados.

Há cenas que se apresentam no ambiente hospitalar, onde todos sentem, mas ninguém fala, e neste “ninguém” inclui-se os profissionais que acabam por compactuar com este silêncio, protegendo sua vulnerabilidade emocional exposta em momentos em que a cura não é o produto final. No caso da participante 6, percebe-se através do relato da enfermeira, o quanto este silêncio por vezes é cômodo, confortável, e não questionado: *“Ela (paciente) não conversa com a gente enquanto estamos atendendo ela, ela nunca reclama de nada, está sempre sorrindo e nos agradece quando saímos, é bom de atender ela.”* (SIC).

Ou no caso da participante 4, em que os profissionais que zelam pelo bem estar, pela ética e pelo cuidado acabam unindo-se a esta família através deste pacto silencioso, quando o médico diz que *“Ela está melhorando a cada dia, o tumor foi retirado e agora ela só precisa do cuidado de vocês em casa, mantendo o tratamento e acompanhamento médico em retornos”* (SIC), justificando o não falar sobre o seu quadro real mais grave.

A conspiração do silêncio é evidente. Denuncia-se a todo instante, em toda postura adotada. SILVA et al. (2008), citam o que significa em si o ambiente hospitalar “Hospital é o lugar da vida, da potência e da cura. O reconhecimento e a aceitação da morte como um processo natural viola as regras implícitas e explícitas que regem o cotidiano dos profissionais da

saúde.” Nesse jogo de palavras, a fragilidade humana se denuncia em sua maior expressão. Não se pode deixar morrer. Não se pode dizer que se pode morrer.

Mas, poucos profissionais são instruídos a ouvir aquilo que não é dito, que está camuflado por trás de uma face apática ou assustada, ou mesmo além de um sorriso ou de uma lágrima que não apresentam verbalização. E, da mesma forma, tanto silêncio, tantos cuidados no que falar e como falar, traz ao paciente a desconfiança, e por vezes, a certeza de que algo não vai bem como no caso do participante 2, que demonstra em relação a profissional sua descrença na equipe pela falta de comunicação ou uma comunicação inexistente: *“Você me garante que isso vai dar certo? Me garante que isso não vai dar errado também? Ninguém me disse que isso poderia não dar certo.”* (SIC)

E se repete no caso da participante 6 no relato de uma enfermeira: *“Essa situação tem dois lados: um lado acho que ela tem direito de saber, mas eu acho que se ela souber ela vai desanimar muito e vai ficar mais deprimida. Mas, como sabemos que ela está em fase terminal, isso sim eu jamais contaria.”* (SIC).

Como na situação da participante 4 quando o irmão diz: *“Mas não sei o que falar, e se você falar alguma coisa, tipo que ela está bem, por você ser uma doutora, eles acreditam mais, o que você pode fazer?”* (SIC), demonstrando o quanto o profissional pode se responsabilizar por compactuar ou não com esta conspiração criada.

Assim, por vezes a atitude da equipe é de se calar, de participar desta conspiração do silêncio, para que assim seus medos e sentimentos também possam ser silenciados. Pontua-se a importância de se falar sempre a verdade ao paciente, mas será que isso de fato acontece? Percebeu-se que muito raramente. Quando o cenário apresenta a não cura e a possibilidade de morte, olhares se perdem, palavras são guardadas, sentimentos são camuflados.

Negar para poder suportar

A negação é usada por quase todos os pacientes, pois, podem considerar a possibilidade de morte durante um tempo, mas precisam deixá-la de lado para lutar pela vida. Paradoxal, porém real. (Kübler-Ross, 1998).

Como no caso do paciente 3, *“elas esqueceram quem realmente está sofrendo aqui, afinal, é a mão delas ou a minha que está em jogo. Pede desculpas para o médico por mim e diga a ele que amanhã estarei esperando-o para a cirurgia”* (SIC). Sua voz surgiu no momento em que a situação perdeu o controle, em meio ao auge da angústia. O choro denunciava o fracasso do cuidado e respeito a este paciente. Ao silenciar, a família deixou de acolher a dor. Ao silenciar, a equipe mostra sua impotência.

O mesmo acontece com a família de quem recebe o diagnóstico de uma doença terminal, ou que sabe que de certa forma, o prognóstico não era o esperado pelo paciente. *“Está tudo bem com você, eles só querem que você saia daqui totalmente curada, agora é só ganhar alguns quilinhos”* (Participante 4), ou ainda *“Logo vai passar, se você não falar tanto assim, a dor vai embora”* (SIC) (Participante 3). Uma família unida na dor e no amor, a ponto de omitir em conjunto que o paciente estaria morrendo, a ponto de deixar o paciente sozinho, com seus medos, incertezas e angústias, a ponto de decidir por ele. Não podemos julgar o comportamento de quem cuida e quem não consegue lidar com a possibilidade da morte de alguém que ama. Não podemos dizer o que deveriam ter feito, o que era o certo.

Da mesma forma, no caso da participante 6, percebeu-se que o silêncio era apenas rompido para dar espaço a comentários triviais realizados pelos familiares, respondendo, a paciente com um singelo e delicado sorriso. Mas, era nítida a tensão existente pelos familiares com a presença dos profissionais, estando sempre ao lado, afirmando *“como melhorou essa perna [...] ela está mais corada [...] comeu melhor hoje”* (SIC).

Uma família que manifesta por meio da conspiração do silêncio suas limitações emocionais diante das dificuldades, que acaba por adotar um estilo de vida voltado ao não dizer, também precisa ser cuidada, acolhida e ouvida, mesmo em meio ao seu grande silêncio. *“Eu não to preparada para perder minha mãe. E ela não questiona nada sobre a doença dela, bem pelo contrário, está sempre bem, sorrindo, conversando e fala do que ela quer fazer depois*

que sair daqui, e não sou eu quem vai dizer que ela não vai sair” (Participante 6).

Assim, “O trabalho de luto é a reconstrução de um novo limite” (NÁSIO, 1996, p. 60), ao que acrescentamos, um limite que dê suporte para que o sujeito continue, embora despedaçado, embora com a dor da perda e agora da total ausência física de alguém que amava, mas que por vezes, permanece com ele pra sempre.

Para Kübler-Ross (1998), a negação funciona como um pára-choque depois de notícias inesperadas e chocantes, deixando que o paciente se recupere com o tempo, mobilizando outras medidas. Comumente a negação é uma defesa temporária, sendo logo substituída por uma aceitação parcial. Ela tem um tempo de vida, que seria necessário para proteger o paciente, enquanto ele se prepara para encarar a realidade, sem distorções.

Calar a dor: velar o real

Acredita-se que ao não pensar, ao não verbalizar, ao não tocar no assunto, ele vai embora. Como um pensamento mágico que presentifica a ficção; que cria o personagem da dor, e aproxima aquilo que distante deve ficar: *“não fale nada agora você vai ficar cansada novamente, não vai ser bom para você, você está bem”* (Participante 4).

Não fale. Não toque no assunto. Se poupe. Me poupe. Ao não suportar ouvir a dor alheia, está se dizendo: deixo-te. E a solidão, como muito vimos ao longo das falas dos pacientes que se encontravam em situações de dor, de aflição, se fez presente. Para Varella (2004) os doentes estranharão o desconforto dos médicos, a falta de convicção para explicá-lhes por que razão demoram tanto a sarar, a ausência de lógica na sugestão de mudanças no tratamento, as justificativas sem nexos dos familiares, e perderão a confiança em todos.

Atender um sujeito silencioso torna-se ensurdecador. O silêncio expressa por tantas vezes sensações e sentimentos que as palavras não conseguem significar (Násio, 1997).

Muitos dos casos ilustrados denunciavam falhas de comunicação entre a tríade. Falhas por notícias que eram erroneamente interpretadas; que não chegavam aos ouvidos de quem poderia fazer algo; ou que eram ignoradas. Por outras e tantas vezes, não era escutadas. No caso 1, a família com toda sua fragilidade e medo de causar dor à mesma, calou. E a paciente ficou por ali mesmo, tão solitária como a voz que fala e não diz. Cabem neste momento, as palavras de Varella (2006), que traz que em sua experiência, por sentir-se enganado pelas palavras, passou a dar mais importância aos gestos, às expressões dos pacientes e familiares.

A história de um adeus: quando o falar ganha voz e vez

Diante de tantos casos em que as falhas de comunicação se mostraram presentes, há situações em que a comunicação pode abrir caminhos, aproximar pessoas, permitir a expressão da dor, da emoção, e, por que não, permitir que ele se despeça e vá em paz. Como no caso do participante 10. Diante da dor gritante de uma mãe e da angústia e medo de perder o filho, veio a informação de que haviam escondido um fator determinante para o sucesso de um transplante. A mãe dizia que seu filho morreria se não realizasse o transplante, por isso omitiu. Aos poucos o paciente conseguia verbalizar sobre a possibilidade de morte com a nossa equipe. Porém, quando junto da família, se mostravam forte, feliz, com esperanças. Não conseguia falar de sua aflição, de seu medo, e de sua certeza de morte.

Após consentimento do paciente, o tema da morte foi trazido para o quarto, em sua presença. Respeitando seu tempo, aos poucos ele dizia que se sentia cansado e que tal cansaço se estendia para além do corpo que definhava. Estava cansado de lutar. A dor que sentia no corpo, feria a alma de qualquer um que o visse, o que fez a mãe aceitar a realidade e olhar para ela, como era de fato. Ele pode se despedir dos familiares que tanto amava.

Os canais de comunicação foram abertos. A possibilidade de dizer sobre o que sentia, o acolhimento da dor, da angústia e a escuta de um corpo que anunciava seu fim, permitiram que ele colocasse em palavras todo seu sofrimento. A mãe traz a paz de poder atender aos últimos pedidos do filho e

de poder colocar em palavras, em atos todo seu amor, o que a tranqüilizava, ao contrário do que se mantinha no silêncio, que era o desespero em todo e qualquer músculo visível de seu corpo. Ele pôde ir em paz e disse adeus.

Considerações Finais

O psicólogo que diante de sua realidade profissional, vive a experiência de se deparar (além do sofrimento psíquico), com o sofrimento físico de um paciente no contexto hospitalar, presencia, por vezes, a interligação de conflitos emocionais com a existência de uma fragilidade corporal, que se manifesta ora por meio de queixas excessivas, da fala exacerbada, do choro descontrolado, do grito e ora por meio do calar, do silenciar. Tão importante como entender a doença e suas manifestações, é preciso entrar em contato e conhecer a dinâmica psíquica do sujeito de que se fala.

A equipe médica delega ao psicólogo a responsabilidade de aliviar o sofrimento de seus pacientes, por entender que as questões emocionais/psíquicas são de competência exclusiva deste profissional. A ele compete “salvar” o outro de sua dor e livrá-lo de suas angústias. Para tanto, o psicólogo inserido numa instituição hospitalar, utiliza-se em essência da sua escuta e observação para acolhimento da dor do outro que ora é visível, às vezes é escutável, seja por meio de palavras ditas e não ditas, ruídos e silêncios absolutos. E para este não dito, para este silenciar que nossa atenção e olhar se voltaram ao longo deste estudo.

Diante das inúmeras formas de expressão e comunicação existentes no universo das relações humanas, uma delas se mostra peculiar, ruidosa e instiga o entendimento. Trata-se do silêncio. Trata-se da enunciação de algo que vai além das palavras; algo que vai além do visível; algo que toca o sujeito no mais profundo de seu ser. Tem várias possíveis traduções. O difícil é saber qual delas é a mais, digamos, plausível para um dado momento.

Para além das palavras há o comportamento a ser observado. Há a leitura do dito nas entrelinhas. E há, ainda, tudo aquilo que não se manifesta com clareza, mas que denuncia, anuncia, reivindica, se expressa de uma maneira obscura, ruidosa, incerta, mas se expressa.

Ao longo das páginas deste estudo, tentamos reproduzir em palavras o nosso entendimento acerca da questão que fundamentou nosso trabalho: "como e porque acontece o silêncio?" Que ele se manifesta pela impossibilidade de colocar em palavras, pela escolha em não dizer, em não conseguir dizer, é algo que sempre esteve muito claro em nossos objetivos.

Inicialmente, acreditávamos que o silêncio como expressão máxima fosse a comunicação manifesta principalmente pelos pacientes. Para entender as manifestações do silêncio dos pacientes, procuramos conhecê-los um pouco mais a fundo. Acompanhamos muitas das histórias por longos períodos. Porém percebemos que também era a família que silenciava. Sim, pois ao não dizer o que se sabe, ao não agir de acordo com a realidade, simula-se. Faz-se de conta. Cria-se uma estória. E mantem-se a mesma. E por quê?

A intenção não é, nem foi a de significar o silêncio. Até porque ele é algo que diz de diferentes formas de diferentes situações, determinados sentidos. É ele que por vezes manifestava-se no momento da dor e distanciava. É ele, que por vezes aproximava os que o conseguiam ler. Se há um sentido no silêncio, é que ele tenta dizer algo que no momento é impossível de ser dito com palavras. Calar por não suportar. Calar, para não precisar tocar no assunto. Silenciar para não precisar lidar com a dor do outro.

O trabalho do psicólogo diante da dor do outro que dói a ponto de não sair dele mesmo, deve ir de encontro a observar, escutar este silêncio e oferecer-se para ajudar na construção de sua significação. Possibilitar significação na vida do sujeito adoecido, na vida dos familiares do mesmo, colocando em palavras, nomeando os sentimentos, até onde o paciente permitir. Empréstimo de palavras para nomear o real e dar um destino à sua dor.

Suporte melhor o silêncio e a solidão ou a presentificação e a certeza? Afinal, falar, presentifica. Falar mostra. E será que é isso que se quer. Será que isso é suportável sempre? A temática em que o silêncio se apresenta como a única forma de não enfrentar o sol de frente e ficar cego às possibilidades restante, é o assunto tabu por excelência: a morte. Tal situação angustia o paciente sua família, a equipe médica e até mesmo o psicólogo.

O psicólogo pode entrar como agente facilitador nesta relação equipe/família/paciente, proporcionando um espaço para que as emoções

desencadeadas neste processo de luta pela vida possam ter liberdade de expressão e vir a ser significadas e acolhidas. A insuportabilidade da equipe em ouvir e falar sobre aquilo que os perpassa acima de tudo enquanto sujeitos humanos, coloca o psicólogo no lugar daquele onde se subentende como preparado para lidar com tais situações. Portanto, fica a sugestão para que futuros estudos venham a apontar o que é necessário para a formação do psicólogo para que ele consiga suportar os insuportáveis limites, sem abandonar o paciente, a família, a equipe, afinal, assim como os demais profissionais da saúde, o compromisso é o de curar às vezes e cuidar sempre.

Referências

- Bardin, L. (1997). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Fongaro, M.L.H., & Sebastiane, R.W. (2003). *Roteiro de Avaliação Psicológica Aplicada ao Hospital Geral*. In V.A. Angerami-Camon (Org.). *E a psicologia entrou no hospital* (pp.5-64). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Ismael, S.M.C., & Oliveira, M.F.P. (2008). Intervenção psicológica na clínica cirúrgica. In E. Knobel, P.B.A. Andreoli, & M.R. Erlichman. *Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves* (pp.83-91). São Paulo: Atheneu.
- Kitajima, K., & Cosmo, M. (2008). Comunicação entre paciente, família e equipe no CTI. In: Knobel, E.; Andreoli, P. B. de A., & Erlichman, M. R. *Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves* (pp.101-112). São Paulo: Atheneu.
- Kübler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Neme, C.M.B. (2003). *Manual de orientação para pacientes e familiares: abrindo portas para uma nova visão da doença oncológica e dos tratamentos*. Bauru: Unesp/ Proex.
- Nasio, J-D. (1997) *O livro da dor e do amor*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores.
- Penna, T. (2004). Dinâmica psicossocial das famílias dos pacientes com câncer. In J Melo Filho, & M. Burd. *Doença e Família* (pp.379- 89). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Romano, B.W. (2001). *Psicologia e cardiologia: encontros possíveis*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Varella, D. (2004). *Por um fio*. São Paulo: Companhia das Letras.