

**SOFRIMENTO HUMANO E ALÍVIO DA DOR:
ÉTICA DA ANESTESIA E DA ANALGESIA**

Vítor Coutinho*

* Professor na Universidade Católica Portuguesa e Professor Convidado no Instituto Politécnico de Leiria.

Introdução

O desenvolvimento da medicina e das chamadas biotecnologias, sobretudo na segunda metade do século XX, foi de tal forma avassalador que se tornou, em certo sentido, depositário de algumas das esperanças mais profundas da humanidade: a eliminação das doenças, a possibilidade ilimitada de procriar em situações de esterilidade natural, a reposição de partes danificadas do corpo humano através de transplantes, o melhoramento das nossas capacidades naturais, a manipulação do processo de morrer. Estes e outros anseios do mesmo gênero são, enfim, expressões do sonho de uma vida sem limites, manifestações do desejo de superar as contingências que marcam a vida humana.

Entre as possibilidades das ciências biomédicas que melhor vão ao encontro desta “utopia” encontra-se, sem dúvida, a analgesia e tudo o que se situa no âmbito da anestesiologia e da terapia da dor. Mesmo tendo presente as atrocidades que foram cometidas em nome da medicina e as ambivalências de algumas das suas conquistas, não podemos ignorar que a generalidade dos progressos das ciências biomédicas suscitam sentimentos de gratidão e de reconhecimento, por permitirem controlar a dor e minorar o sofrimento. Está em causa, no fundo, poder superar aquilo que mais recorda ao ser humano os limites da sua própria condição. Anular ou evitar a dor é a resposta mais explícita às objecções da procura de felicidade. A relação desta valência das ciências médicas com esse imaginário-utopia que atravessa as nossas culturas é importante para captarmos a relevância ética e o significado antropológico da anestesia e da analgesia.

O que neste texto nos propomos fazer é, precisamente, situar o controlo da dor numa consideração antropológica do sofrimento humano e indicar algumas referências éticas relevantes.

1. Dor e sofrimento: integração entre a recusa e o sentido

1.1. Atitudes ambivalentes perante a dor

Uma análise do significado do sofrimento humano bem como uma reflexão ética sobre a anestesia e a analgesia não podem prescindir da ambiguidade com que a dor é avaliada.

Por um lado, a dor é algo positivo, na medida em que é sinal de um bom funcionamento do corpo, indício de que ele mantém as autodefesas activas, permite corrigir hábitos nocivos. A dor aguda, enquanto sinal de alerta, possibilita a protecção da integridade corporal. Podemos mesmo dizer que a possibilidade de ter dor é garantia da sobrevivência humana. Algo diferente será a dor crónica, persistente, que se distingue da aguda não só pelo que representa para o indivíduo, mas também pelo seu processo fisiopatológico. Numa ou noutra modalidade, a dor tem um lado negativo, na medida em que provoca sofrimento humano, dá origem a um sentimento de impotência, questiona o sentido da existência, diminui a qualidade de vida, leva a uma perda da integridade pessoal, dificulta as relações e a capacidade de exprimir os próprios sentimentos. Emmanuel Lévinas considera que o sofrimento é “negação e recusa de sentido, impondo-se como qualidade sensível”¹. Ao ver no sofrimento a passividade extrema, a impotência, o abandono e a solidão, este filósofo parece não vislumbrar a possibilidade de uma integração e de um sentido. A rejeição natural da dor, que é comum a todos os animais, adquire no homem uma dramaticidade peculiar.

Esta ambiguidade tem reflexos na forma ambivalente como a medicina lida com a própria dor. É do conhecimento geral que um

¹ E. LÉVINAS, *Entre nós. Ensaios sobre a alteridade*, Vozes, Petrópolis 1991, 128; cf. também 131.

dos principais objectivos das ciências biomédicas é melhorar a vida humana, retirando-lhe dor e outras causas físicas de sofrimento. Perante a dor inevitável, as pessoas procuram nos cuidados médicos protecção e resposta a um medo que ultrapassa todas as formas de racionalização.

Por outro lado, é também conhecida alguma resistência à eliminação total da dor, que se reflecte no debate sobre o uso dos opiáceos em medicina e na inibição de muitos médicos em prescrevê-los perante o perigo de dependência física.² Num conhecido estudo de John Bonica, importante precursor da terapia da dor, é divulgado que em cerca de 9300 páginas de bibliografia de referência oncológica, por ele analisadas, apenas 17 abordavam a questão da dor tumoral. A maioria dos manuais e as mais importantes revistas da especialidade não mencionavam o problema.³ É um dado revelador das dificuldades que o desenvolvimento destas áreas da medicina tiveram de enfrentar. Recordamos que é relativamente recente o reconhecimento da medicina paliativa enquanto ramo da medicina clínica e a aceitação da terapia da dor como disciplina das ciências médicas.

1.2. Aproximações aos significados

As formulações que têm sido apresentadas para definir a dor reflectem uma evolução na compreensão desta realidade. Enquanto no século XIX ainda se insistia na distinção entre dor corporal e dor anímica, as propostas mais recentes tendem a interpretar a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável,

² Cf. P. ZUCCHI, *Terapia del dolor. Del curar al cuidar*, in: *Dolentium Hominum* 20/1 (2005), 28-34, 31. Para o progresso destas práticas foi decisivo o contributo de John Bonica, com a publicação, em 1953, de um primeiro manual de controlo da dor: J. BONICA, *Management of Pain*, Lea & Febiger, Philadelphia 1953; esta obra tornou-se uma referência internacional, sendo constantemente actualizada: S. FISHMAN (Ed.), *Bonica's Management of Pain*, W. Kluwer, Baltimore 2010.

³ Cf. J. BONICA, *Cancer pain*, in: J. KLATERSKY (Ed.), *Medical Complications and Cancer Patients*, New York, 1981, 87-115.

associada com actual ou potencial lesão de tecidos, ou descrita em termos de tal lesão”⁴. Há aqui uma opção por evitar que a dor seja apresentada de forma dicotómica ou desintegrada, remetendo, assim, para uma concepção global da dor: é a pessoa, em todas as suas dimensões, que tem dor e não um membro do seu corpo, ou simplesmente o seu organismo biológico. Nesta concepção, a dor inclui duas vertentes: uma mais objectiva, que corresponde à lesão, ou dano físico, o trauma, a fractura; outra mais subjectiva, que envolve o sentido atribuído ao facto, a sua interpretação e vivência pessoal. Outras definições apontam para um processo que permite detectar, interpretar e modular o conjunto de percepções de dor que o sujeito pode distinguir.⁵ Reforça-se aqui a convicção de que a dor humana não existe sem sciência, sem capacidade de sentir.

Esta vertente subjectiva da dor implica que ela não é objecto de testes laboratoriais, fisiológicos ou de imagem. O acesso do médico à dor é a narração do paciente. Daqui brotam, naturalmente, exigências de carácter ético, uma vez que o clínico não pode deixar de reconhecer e aceitar como critério do seu agir a experiência subjectiva da dor.

A dor e o sofrimento são conceitos necessariamente ligados e não podem ser dissociados numa adequada abordagem ética da analgesia. O sofrimento tem ressonâncias mais profundas na pessoa: é um estado específico de angústia ou desconforto grave, induzido pela perda de integridade, de coesão ou de globalidade, ou por uma ameaça que o indivíduo acredita que vai provocar a dissolução da sua integridade.⁶ O sofrimento é a ressonância emotiva que a dor provoca no sujeito, pode permanecer para além da dor, enquanto a ameaça for real para o sujeito. O sofrimento pode pro-

⁴ International Association for the Study of Pain (2011), no site www.iasp-pain.org, acedido a 1.02.2012. No original: “An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage.”

⁵ Cf. E. CASSELL, *Pain and Suffering*, in: *Encyclopedia of Bioethics* (Ed. W. T. Reich), MacMillan, New York 1995, 1897-1905, 1898.

⁶ Cf. CASSELL, *Pain and Suffering*, 1899.

ceder de processos físicos, sociais ou emocionais, ou de qualquer situação que leve à perda de integridade da pessoa.⁷

O facto de a dor ser uma das causas mais comuns de sofrimento leva frequentemente a confundir os dois conceitos. No entanto, a interacção entre os dois não é linear. Dores graves podem provocar menor sofrimento quando são compreendidas pelo sujeito, quando é conhecida a razão e há a consciência de que serão brevemente controladas. Por outro lado, dores mais leves causarão um sofrimento maior se o indivíduo não conhece a origem, ou se está convencido que pode ser motivada por uma causa maligna. Sabe-se que pacientes terminais afectados por dores intensas, a quem foi aliviada a dor e foi assegurado que dores futuras também serão aliviadas, frequentemente toleram o mesmo nível de dor sem solicitar medicação.⁸

O médico e especialista de bioética Paolo Cattorini sublinha que o sofrimento não é proporcional à entidade física da dor: “O soldado na batalha tal como a parturiente no parto suportam relativamente bem a dor, na medida em que sofrem pouco. Pelo contrário, dores mínimas desencadeiam sofrimentos pesados se carregadas de significados destrutivos, se antecipam derrotas mais inquietantes.”⁹ Não há uma correspondência directa entre dor e sofrimento também porque aquela é sempre sujeita a uma interpretação pelo sujeito, inserindo-a numa narração significativa: “a dor é punição ou dom, revelação ou catástrofe, prova ou acontecimento absurdo; o sofrimento é precisamente sentimento da pessoa; é dor experimentada como peso, carga, ameaça, contradição para o ser humano”¹⁰. A dramaticidade do sofrimento não tem origem tanto na sensação de dor, mas no medo que ela causa, na eventualidade de não haver saída para a situação presente e de se sentir cada vez mais prisioneiro do próprio corpo.

⁷ Cf. E. CASSELL, *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*, Oxford University Press, New York 2004, 276.

⁸ Cf. CASSELL, *Pain and Suffering*, 1899.

⁹ P. CATTORINI, *La morte offesa. Espropriazione del morire ed etica della resistenza al male*, Dehoniane, Bologna 1996, 40.

¹⁰ CATTORINI, *La morte offesa*, 40.

1.3. Integrações da dor

O que dissemos remete-nos para a necessidade de situar o problema da dor humana num contexto mais alargado da questão do sentido. À luz do que foi dito, parece legítimo concluir que a dor pode ser causa de menor sofrimento se lhe for reconhecida uma razão, uma finalidade, uma motivação, uma referência inspiradora, a possibilidade de uma interpretação, um sentido. É provavelmente a ausência de sentido que torna mais problemática a relação com a dor e, conseqüentemente, dificulta uma leitura adequada do sofrimento humano. As grandes religiões da humanidade permitem uma aproximação à dor e ao sofrimento nesta perspectiva, ao serem portadoras de uma determinada mundivisão, de horizontes interpretativos da existência humana, de ritualidades próprias.

Teremos, porém, de ter presente que não é possível a todas as pessoas o acesso religioso a um sentido da dor e do sofrimento. Perguntamo-nos, por isso, se não será possível fora de uma visão crente da vida integrar construtivamente a dor humana na vida pessoal. Parece-nos que será possível se a dor não for para a pessoa um obstáculo intransponível para algum tipo de construção pessoal da sua própria história. Para que isto seja realizável pode ser imprescindível em determinados momentos, ou fases, a intervenção médica da terapia da dor e as competências clínicas da anestesiologia. Serão indispensáveis para que a dor se mantenha dentro de um nível suportável pelo paciente e para que não seja causadora de um sofrimento angustiante e desesperado. Para as situações em que a medicina não elimina a fonte de sofrimento, são importantes outros recursos, de carácter religioso ou cultural, que permitem preservar o sentido numa vida com sofrimento e integrar a dor numa vida pessoal: a adopção de razões explicativas, o assumir de motivações para o suportar, instrumentos linguísticos para nomear e exprimir a experiência vivida, ritualizações que confortam e dão segurança.

Pese embora as resistências compreensíveis por parte dos profissionais de saúde em lidar com indicadores não médicos, julgamos que a terapia da dor não pode prescindir de tudo aquilo

que ajude o paciente a integrar o sofrimento na sua concepção de vida, nomeadamente os recursos espirituais que lhe são significativos. Sem querer absolutizar dados que, por sua natureza, são complexos e de difícil objectivação, julgamos que não se deveria ignorar indicadores que apontam para o facto de doentes com uma vivência espiritual suportarem melhor a dor e reagirem com mais eficácia aos tratamentos antálgicos. Afigura-se que os pacientes crentes têm um limiar de dor mais elevado, já que a sua fé e espiritualidade consegue modular a percepção do estímulo doloroso, influenciando nos efeitos da terapia.¹¹ Trazemos este contributo à colação simplesmente para destacar a vantagem em integrar a dor e o sofrimento na espiritualidade do paciente, fazendo uso dos diversos meios de que essa vivência possa dispor. Naturalmente usamos aqui um sentido lato de espiritualidade, que pode incluir uma fé religiosa ou não. Em qualquer dos casos, diversas formas e naturezas de espiritualidade podem ser uma preciosa ajuda nesse difícil processo de encontrar uma forma de lidar pessoalmente e de modo não destrutivo com a dor, para que o sofrimento seja mais suportável.

1.4. Da dor pessoal à solidão do sofrimento

A dor e o sofrimento são experiências marcadamente pessoais, já que dizem respeito à pessoa na sua globalidade, na complexidade das suas diversas dimensões e aspectos, à forma única de ser o que é. Por um lado a dor, ainda que fisicamente localizada, afecta o indivíduo no seu âmago pessoal, no núcleo da sua existência, no que é e no seu modo de ser. Por outro lado, o sofrimento é

¹¹ São conclusões do estudo de um grupo de trabalho do Instituto para o Estudo e a Terapia da Dor, em Florença. Cf. ZUCCHI, *Terapia del dolor*, 33. Diz o autor: “A condição de fé e o instrumento da oração favoreceriam a activação de fibras inibidoras descendentes que modulam a condição do estímulo nociceptivo, determinando uma menor percepção da dor. [...] facilitam a libertação de endorfinas, substâncias endógenas de natureza opiácea de acção analgésica, que bloqueiam os receptores tanto ao nível central como periférico” (34).

algo próprio de um indivíduo determinado e concreto, na especificidade da sua identidade. A pessoa que sofre é um sujeito com uma forma própria de viver a sua corporeidade e a sua espiritualidade, com determinadas crenças e ideias, com relações e inserida numa rede de interacções sociais, com um passado e expectativas de futuro, com memórias que solidificam seguranças mas que também enraízam medos. Neste emaranhado de dimensões e de vertentes, não há uma única vida humana que repita a história de outra. Não há, portanto, um sofrimento que não seja único, próprio de determinado indivíduo, intransferível.

Há algo de incomunicável na dor humana: “Quando sofrer é antes de mais ser posto à prova, respeita-se a dor como experiência íntima e incomunicável.”¹² A dor adquire significado único para a pessoa que a vive, ficando irreduzível a mera abordagem biológica, como simples fenómeno orgânico, inexprimível em qualquer linguagem e indiscreto em termos clínicos. Por permanecer inacessível a quem não a vive, a certeza dessa dor remete quem a sofre para uma solidão também ela geradora de sofrimento, agravando, assim, essa prova.

Inevitavelmente todo o sofrimento tem a marca da solidão. O indivíduo encontra-se só na sua experiência de sofrer, já que mais ninguém pode partilhar aquilo que vive. O paciente tem tendência para se fechar em si mesmo, para diminuir a comunicação, para evitar os contactos exteriores, para se subtrair ao convívio familiar. Assim, o controlo da dor e o cuidado do sofrimento podem ser melhorados se se procurar superar a solidão do paciente.¹³ É importante, pois, ter presente, que uma boa parte do sofrimento pessoal resulta precisamente dessa situação de solidão, da sensação de estar só na dor, de não ser compreendido, de experimentar uma incomunicabilidade radical.

Além dessa solidão mais íntima, sabe-se que há também um certo isolamento do contexto social do paciente: é retirado dos

¹² I. ILLICH, *Limites para a medicina. A expropriação da saúde*, Sá da Costa, Lisboa 1975, 132; cf. também 136.

¹³ Cf. CASSELL, *Pain and Suffering*, 1901.

espaços do seu quotidiano, progressivamente é menos visitado pelos amigos e conhecidos, passa mais tempo sozinho.¹⁴ Este problema ganha ainda mais relevo quando se percebe que é difícil para os cuidadores do paciente captar a força destrutiva que o isolamento social representa para ele, muito próxima da força destrutiva da própria doença. A angústia pelo sofrimento corporal mistura-se com a angústia pelo sentimento de desamparo, impotência, abandono.

Imperativo ético do cuidado médico do paciente é, portanto, adoptar estratégias que evitem que a pessoa possa sentir-se abandonada à fatalidade da dor, que contrariem o sentimento de estar entregue apenas a si mesmo. Neste sentido, a introdução nas ciências médicas de um paradigma paliativo, que se veio juntar à missão curativa ou terapêutica da medicina, contribuiu significativamente para ir ao encontro desta exigência ética. De alguma forma, levou ao desaparecimento da típica expressão do médico de que “nada mais há a fazer” perante doenças incuráveis. O desenvolvimento dos procedimentos médicos do controlo da dor permitiram o emergir na medicina de uma maior disponibilidade para acompanhar o paciente nessas situações em que o medo de estar só na dor é fonte adicional de maior sofrimento.

2. Da resignação ao alívio: percursos de uma legitimação

No seu percurso, a terapia da dor e a anestesiologia não tiveram de se debater apenas com desafios de carácter científico-técnico e clínico, mas enfrentaram também questões de ordem cultural, obstáculos filosóficos e teológicos, preconceitos e pressupostos da mais variada ordem. É importante, pois, ter presente que foi necessário repensar alguns conceitos e rever atitudes relativas a estes domínios. Não é aqui o lugar para apresentar uma história, nem sequer concisa, do pensamento sobre esta temática, ainda que fosse

¹⁴ A solidão dos pacientes é captada e refletida por vários autores. Cf. M. STEIN, *The Lonely Patient: How We Experience Illness*, W. Morrow, New York 2007.

do maior interesse. Dado o relevo da matriz cristã da cultura ocidental, parece-nos oportuno expor alguns marcos do contributo do Cristianismo para o desenvolvimento deste campo da medicina, sem olvidar que muitas outras instâncias e agentes deram também contributos decisivos.

2.1. Dor e sofrimento na encruzilhada das interpretações

Em muitas expressões da nossa cultura ocidental o sofrimento foi visto como resultado de castigo divino pelas maldades humanas. A própria Bíblia dá conta desta interpretação popular, tanto no livro de Job, como nas objecções apresentadas a Jesus (cf. Lc 13 e Jo 9). Devemos afirmar, todavia, que na mensagem bíblica, tanto no Antigo como no Novo Testamento, a dor é vista como um mal, como algo a evitar, que contrasta com os planos divinos. Assim, Jesus é apresentado no início da sua missão a aliviar as pessoas dos seus males, nomeadamente “curando todas as doenças e enfermidades” (Mt 4, 23; cf. Mc 1,34 e Lc 4,40). É certo que, no seu típico realismo, os textos bíblicos apontam igualmente para a impossibilidade de viver sem sofrimento e para a necessidade de aceitar as dores inevitáveis. E também estas, na mensagem cristã, são portadoras da possibilidade de um sentido ou integração, na medida em que, na perspectiva crente, podem ter uma dimensão redentora.

Uma deficiente interpretação teológica desta indicação bíblica, aliada a influências filosóficas marcantes na cultura ocidental, deu origem a “espiritualidades doloristas” e a uma certa “ideologia cristã” que propagava um dever de sofrer, com base numa inadequada teologia da cruz. Durante séculos favoreceu-se uma exaltação da dor, que a apresentava como meio de salvação espiritual, considerando-se que ela tinha em si mesma um valor positivo. Ao insistir na vantagem de suportar a dor, esta ascética apoiava a ideia pseudocristã da resignação, com a consequente aversão ao uso de analgésicos.

De um modo geral, nos âmbitos de influência judaico-cristã a dor foi vista como castigo pelos pecados e também como modali-

dade para alcançar a sua expiação, ainda que esta leitura não possa ser sustentada numa correcta interpretação dos textos bíblicos. Pelo contrário, pode-se afirmar que a Bíblia apoia sobretudo uma atitude anti-dolorista.¹⁵ O estoicismo e outras influências filosóficas foram determinantes no desenvolvimento de tal “dolorismo”.

De facto, esta forma de lidar com a dor não era exclusiva das religiões judaica e cristã, mas era uma característica comum às culturas mediterrânicas pós-clássicas até meados do século XVII.¹⁶ A ideia tradicional de que as dores devem ser suportadas não é apenas resultado de uma visão positiva da dor, mas ainda consequência de uma concepção negativa do corpo humano, em que este, de alguma forma, é visto como obstáculo à realização espiritual da pessoa, devendo ser mantido sob controlo. Parecem-nos pertinentes as razões que I. Illich aponta para explicar que uma abordagem analgésica fosse estranha a todas as civilizações europeias: a dor era considerada como manifestação no ser humano de um universo imperfeito, e não simplesmente como disfunção de um organismo individual; a dor era algo intrínseco à natureza, daí que eliminá-la seria desnaturar a pessoa; a dor era entendida como uma experiência de alma e não se podia erradicá-la sem que se eliminasse algo constitutivo da própria pessoa.¹⁷

Na modernidade, com Descartes, a divisão entre alma e corpo irá levar a uma redefinição da dor como uma realidade localizada fisicamente. Isto irá fazer nascer e desenvolver a ideia de uma acção terapêutica localizada para eliminar as dores. Na era da tecnologia, a dor é vista exclusivamente como algo externo e objectivo, desprovido de sentido e vazio de significado.

Esta evocação das marcas da história ajuda-nos a compreender melhor o alcance e o impacto das reformulações que o pensamento cristão introduziu relativamente a este assunto, bem como das afirmações doutrinárias sobre a dor e o sofrimento. Devemos também

¹⁵ Para uma justificação desta ideia pode ver-se: S. LEONE, *Nati per soffrire? Per un'etica del dolore*, Città Nuova, Roma 2007, 56-58 e 67-80.

¹⁶ Esta é uma conclusão de ILLICH, *Limites para a medicina*, 141.

¹⁷ Cf. ILLICH, *Limites para a medicina*, 141-142.

clarificar que essa visão da dor também conviveu com uma leitura mais positiva em que todo o sofrimento era tido como ocasião de prova.

Na perspectiva da Igreja Católica, ainda que a dor possa ter um sentido cristão, não se deve incitar a que a dor e sofrimento devam ser suportados a todo o custo.¹⁸ Afirma-se explicitamente que “não é verdade que todo o sofrimento seja consequência da culpa e tenha carácter de castigo”¹⁹. Por isso, não se considera que o Cristianismo advogue uma atitude passiva perante o sofrimento, já que o Evangelho e uma boa parte da acção social cristã ao longo da história evidenciam exemplos de compromisso activo para combater a dor e atenuar os sofrimentos humanos.

2.2. Marcos de um desenvolvimento

Em muitas publicações é sugerido que a boa conta em que era tida a terapia da dor é comprovável no dito atribuído a Hipócrates, e também a Galeno: “*Divinum opus est sedare dolorem*” (sedar a dor é obra divina). Esta expressão ilustra, sem dúvida, o apreço para com todos os que, com a sua arte médica, aliviam o sofrimento humano. Não obstante, seria anacrónico ver nela o reconhecimento de uma legitimação da terapia antálgica, ou da anestesia. Na realidade, os termos que a cultura helénica tinha para se referir às dores físicas também designavam o sofrimento espiritual. O que os médicos hipocráticos procuravam atingir era o restabelecimento da harmonia da pessoa. Para recompor o equilíbrio do paciente, o médico não visava primariamente retirar-lhe as dores: isso poderia acontecer, mas era considerado quase secundário, já que a recuperação do equilíbrio global podia conseguir-se, mesmo se persistissem algumas dores. Tal como hoje a entendemos, “a anestesia

¹⁸ Cf. CONSELHO PONTIFÍCIO PARA A PASTORAL DA SAÚDE, *Carta dos Profissionais de Saúde*, Paulinas, Lisboa 1995, n. 69.

¹⁹ JOÃO PAULO II, *Salvifici doloris*. Carta Apostólica sobre o sentido cristão do sofrimento humano, Roma 1984, n. 11; cf n. 30.

médica [...] estava ausente da prática médica”²⁰ e permaneceu afastada até tempos muito recentes, como já mencionámos na primeira parte deste texto. É um facto que a medicina, tanto na investigação biomédica como na prática clínica, centrou-se de tal forma na sua missão terapêutica, que prestou pouca atenção explícita ao problema do sofrimento, descurando a tarefa de aliviar as dores, já que estas eram vistas como naturais, próprias da terapia, inerentes à fragilidade humana.²¹ Deixamos para outro espaço a demonstração disto mesmo. Aqui, correspondendo ao que nos foi solicitado, limitamo-nos a destacar o papel da tradição católica para o desenvolvimento de um acolhimento positivo da terapia da dor e do uso da anestesia.²²

A reflexão ética sobre os mais diversos problemas ligados às intervenções na vida humana e às complexas questões do agir médico teve um considerável incremento em meados do século XX. Este dinamismo deu origem a um movimento de intenso debate social sobre o papel da medicina e das biotecnologias e levou à criação de uma nova disciplina académica – a bioética.²³ Um papel de relevo para este desenvolvimento foi desempenhado pelo Papa Pio XII, que, em mais de 100 intervenções, abordou grande quantidade de problemas da ética médica, revelando uma consciência de estar a lidar com as fronteiras da investigação científica.

Importa ter presente alguns elementos contextualizadores da reflexão que ele propõe, para se captar o seu alcance. Numa época em que os avanços das ciências biomédicas abriam para possibilidades até então inimagináveis e faziam antever questões radicalmente novas, algumas das propostas deste Pontífice foram verdadeiramente pioneiras e abriram caminho para soluções éticas que se tornaram referenciais no campo da prática clínica e da investi-

²⁰ ILLICH, *Limites para a medicina*, 139.

²¹ Cf. CASSELL, *The Nature of Suffering*, 29 e 31.

²² Os documentos referidos nesta secção estão disponíveis no site oficial: www.vatican.va. Adiante indicaremos apenas em texto a identificação do documento, sem nota de rodapé.

²³ Para uma apresentação destes processos cf.: V. COUTINHO, *Bioética e Teologia: que paradigma de interação?*, Gráfica de Coimbra, Coimbra 2005.

gação biomédica. Por diversos autores, ele é considerado um precursor da bioética moderna, tendo o seu magistério dedicado um amplo espaço às questões suscitadas pela revolução biológica, com múltiplas intervenções documentadas precisamente sobre os problemas que hoje são objecto da bioética.²⁴

As intervenções de Pio XII mostram uma mudança qualitativamente significativa na forma de reflexão ética das questões médicas, e uma novidade inegável. São-lhe reconhecidos alguns méritos inquestionáveis. Antes de mais, por tomar a iniciativa de se dirigir directamente aos profissionais de cuidados de saúde, retirando este tipo de pensamento do âmbito exclusivo da teologia moral. Desloca, deste modo, o âmbito de reflexão destes problemas, obrigando a assumir uma perspectiva médica, com a linguagem apropriada, respeitando os critérios técnicos de abordar as diferentes questões de ética médica, simplificando e tornando operativos alguns conceitos filosóficos. Ao prestar uma atenção alargada e pormenorizada a estas questões acaba por lhe conferir uma importância inovadora, tanto pela elevada quantidade de intervenções nesta área, como pela criatividade e novidade dos problemas que trata e das respostas que propõe.²⁵ Resultado disto é um alargamento da extensão temática deste campo de reflexão e uma renovação metodológica, ao recorrer a documentação médica atenta e a uma análise ético-teológica minuciosa. Ele parte dos dados das ciências para acolher as questões de sentido implícitas nas novas descobertas. Indicamos aqui alguns textos significativos para o tema que nos ocupa.

A 8.01.1956, Pio XII profere um discurso *Sobre o parto natural sem dor*. A possibilidade do parto sem dor tornou-se uma conquista das investigações sobre analgesia. Na época, isto levantava um problema relativamente complexo do ponto de vista cultural e moral, uma vez que para a mentalidade comum a ligação do parto à dor era algo inseparável. A estas convicções não era alheia a influência de leituras acríicas dos textos bíblicos. O Papa introduz uma inter-

²⁴ Cf. G. RUSSO, *Fondamenti di metabioetica cattolica*, Dehoniane, Roma 1993, 15.

²⁵ Cf. S. LEONE, *Bioetica, fede e cultura*, Armando, Roma 1995, 264-265. Cf. também S. LEONE, *La prospettiva teologica in Bioetica*, ISB, Acireale 2002, 167-177.

pretação que abre para uma legitimação da investigação científica e dos avanços tecnológicos: “Deus não queria proibir e não proibiu aos homens que investiguem e utilizem todas as riquezas da criação, façam avançar passo a passo a cultura, tornem mais suportável e bela a vida neste mundo, suavizem o trabalho e a fadiga, a doença e a morte. Numa palavra, trabalhem a terra (cf. Gn 1,28).” (II, 4) Diante da dúvida sobre a aceitabilidade destas novas possibilidades, a resposta é clara: “considerado em si mesmo, este método não contém nada de criticável do ponto de vista moral” (II, 2). O Papa observa que a dor não é essencial ao parto, mas acidental, sendo, portanto, lícito atenuá-la. A reter para o fio condutor da nossa reflexão são também as razões aduzidas: a ausência da dor permite fazer desaparecer a angústia e possibilita ao doente ter consciência do significado daquilo que está a viver.

No discurso *A uma Assembleia Internacional de Médicos e Cirurgiões*, a 24.02.1957, Pio XII aborda a questão sobre o dever de suportar a dor física, considerando não haver uma obrigação de a aceitar, em si mesma, a não ser na medida em que a sua recusa implicasse violação de deveres morais. Do ponto de vista cristão, “o homem mantém o direito de dominar as forças da natureza e de as utilizar em seu serviço e, portanto, de aproveitar os recursos que ela lhe oferece para evitar ou suprimir a dor física”. Ainda que recorde que a dor não é um facto puramente negativo, insiste que “o cristão não tem nunca a obrigação de aceitar a dor por si mesma; deve considerá-la como um meio mais ou menos adequado, dependendo das circunstâncias, para o fim que se pretende”. Porque suportar a dor é considerado algo heróico não se pode exigir a ninguém que se submeta a ela, sem motivo proporcionado. Explica que “o dever da renúncia e da purificação interior, que incumbe aos cristãos, não é impedimento ao emprego da anestesia, já que esse dever pode cumprir-se de outra maneira”. Esta posição justifica-se porque as dores são “forças que, em muitos sentidos, produzem efeitos nocivos e impedem bens maiores”; além disso, “a longo prazo, a dor contraria a obtenção de bens e interesses superiores.” Na medida em que a dor possa impedir a pessoa de atingir o verdadeiro bem,

ela deve ser controlada, mesmo com o risco de isso previsivelmente abreviar a duração da própria vida.

Aplicando as considerações de princípio ao caso concreto da anestesiologia, o Papa antecipa conclusões relevantes: “os princípios fundamentais da anestesiologia, como ciência e como arte, e o fim que prossegue não levantam objecção”; “a narcose, que implica uma diminuição ou supressão da consciência, é permitida pela moral natural, e é compatível com o espírito do Evangelho”.

Esta argumentação é actualmente pacífica, mas devemos ter em conta que, na época, constituía um campo demasiado novo, que suscitava reacções adversas, temores e desconfiança. Para a sua aceitação pacífica foram muito importantes estas intervenções.

Um outro elemento importante na reflexão bioética sobre estas temáticas surge no discurso *Sobre três questões de moral médica* relacionadas com a reanimação, de 24.11.1957. Aqui, Pio XII aplica o já clássico princípio de duplo efeito às situações de sedação terminal. Sugere, pois, um modelo argumentativo que aceita o alívio ou eliminação da dor mesmo que isso implique indirectamente abreviar o tempo de vida do paciente. Introduce na reflexão destes problemas também a relevância ética da distinção entre meios ordinários e meios extraordinários. Retemos para já que estes elementos argumentativos foram inovadores tanto para a reflexão ético-teológica, como também para a prática clínica e para a ética médica. Voltaremos, no entanto, mais adiante a este assunto, pela importância que assumiu e pelas distinções que é necessário fazer.

Naturalmente que depois de Pio XII a reflexão ética sobre estes temas, tanto no campo da bioética secular como no campo da ética teológica, teve um incremento avassalador. Também as declarações oficiais de entidades católicas se multiplicaram de tal forma que não é fácil uma recolha sistemática de tudo. Indicamos, a título exemplificativo, alguns textos mais recentes sobre o assunto.

O Papa João Paulo II, num documento datado de 11.02.1984 sobre o sentido cristão do sofrimento humano, a Carta Apostólica *Salvifici doloris*, salienta o papel da medicina relativamente a este tema: “A medicina, enquanto ciência e, simultaneamente, arte de curar, descobre no vasto terreno dos sofrimentos do homem o

seu sector mais conhecido; ou seja, aquele que é identificado com maior precisão e, correlativamente, contrabalançado pelos métodos do «reagir» (isto é, da terapia).” (n. 5) E sobre os que cuidam da saúde tem uma expressão de elevado apreço: “Quanto de «bom samaritano» têm as profissões do médico ou a da enfermeira, ou outras similares! Em virtude do conteúdo «evangélico» que nelas se encerra, somos inclinados a pensar, nestes casos, mais em vocação do que em simples profissão. [...] Pensando em todas as pessoas que, com a sua ciência e capacidade, prestam múltiplos serviços ao próximo que sofre, não podemos deixar de ter para com elas uma palavra de reconhecimento e de gratidão” (n. 29).

Sobre este tema, a 4.10.1984, João Paulo II faz um discurso *Aos Participantes do Congresso da Associação Italiana de Anestesiologia*, no qual exprime a elevada consideração em que é tida a anestesiologia: “em poucos anos, ela passou de um instrumento extraordinário e excepcional, a um componente providencial dos cuidados de saúde, favorecendo, também naqueles que estão sujeitos a doenças irreversíveis e letais, um percurso menos dramático da doença” (n. 2). Considera que a anestesiologia contribuiu largamente para que a medicina se tornasse adulta e ganhasse maturidade: “intervindo directamente naquilo que a dor tem de mais agressivo e perturbador, recupera o homem a si mesmo, tornando-lhe mais humana a experiência do sofrer” (n. 3).

O mesmo Papa noutro discurso *Aos Participantes do Congresso da Academia Europeia de Anestesia*, a 8.09.1988, para além de reiterar a nobreza desta especialidade, centra-se na exigência moral de não ceder às solicitações no sentido de apoiar opções pela eutanásia. Recorda que nenhuma ciência médica pode eliminar completamente a realidade da dor e do sofrimento, mas apenas trazê-la para limites suportáveis.

Uma outra intervenção da Igreja Católica que refere directamente a analgesia e a anestesia é a *Carta dos Profissionais de Saúde*, de 1995, que recolhe sinteticamente a doutrina oficial sobre o tema.²⁶

²⁶ CONSELHO PONTIFÍCIO PARA A PASTORAL DA SAÚDE, *Carta dos Profissionais de Saúde*, Paulinas, Lisboa 1995.

Recorda que “a dor pode ter efeitos nocivos sobre a integridade psíquica e física do indivíduo”, já que “um sofrimento demasiado intenso poderá diminuir ou impedir o domínio do espírito”, reafirma que “constitui um dever do profissional de saúde prevenir, mitigar e eliminar a dor” (n. 70). Reconhece moralmente adequado e oportuno não apenas o cuidado dos pacientes com dor, mas também a investigação que visa o domínio técnico da dor. Há uma manifestação clara do reconhecimento por esta área da medicina: “Tanto a anestesia como a analgesia, ao intervirem directamente sobre o elemento mais agressivo e deformador do sofrimento, restituem o homem a si próprio, proporcionando-lhe uma experiência mais humana do sofrimento” (n. 70).

O núcleo central destas orientações doutrinárias tem sido reafirmado e concretizado por outras instâncias. As directivas para os serviços de saúde católicos nos EUA, indicam: “Os pacientes devem ser, na medida do possível, preservados da dor, de modo a que possam morrer com conforto e dignidade, e no lugar em que desejem morrer. [...] A uma pessoa em estado terminal podem ser dados medicamentos capazes de atenuar ou suprimir a dor, mesmo que esta terapia possa indirectamente abreviar a vida da pessoa, desde que a intenção não seja provocar a morte. Os doentes que experimentam um sofrimento que não pode ser aliviado devem ser ajudados a ter uma compreensão cristã do sofrimento redentor.”²⁷

Esta sintética apresentação mostra-nos uma convergência relativamente à legitimação ética do uso da anestesia e do alívio da dor. Esta é actualmente uma posição consensual na ética médica e na bioética em geral, o que não dispensa a procura de critérios éticos, a identificação de possíveis conflitos de valores, a aplicação de princípios bioéticos gerais às especificidades das situações neste campo, a análise dos processos a partir da perspectiva da ética.

²⁷ UNITED STATES CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS, *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*, Washington 2009, n. 61.

3. Critérios éticos da anestesiologia e da terapia da dor

O enquadramento do problema da dor que procuramos fazer indicou-nos algumas questões éticas que emergem na prática da anestesiologia e da terapia da dor. Trata-se de campos de interesse interdisciplinar, mas que foram objecto de uma especialização que lhes foi conferindo autonomia metodológica, especificidade no objecto e perspectiva de abordagem própria. Partilham uma atenção própria para com o sofrimento humano e têm em comum uma acção no sentido de controlar a dor. Procuramos, por isso, apontar aqui, sucintamente, algumas referências éticas imprescindíveis a este campo dos cuidados clínicos e das ciências médicas.

3.1. A relevância ética de um direito a não sofrer

As mudanças culturais operadas nas nossas sociedades, que levaram a reformulações na concepção da vida humana, na forma como vemos a dor e nos relacionamos com o sofrimento, bem como as expectativas suscitadas pelas novas possibilidades das ciências biomédicas, deram origem a um legítimo desejo de poder evitar as dores e atenuar o sofrimento. A invocação de um direito a não sofrer surge, deste modo, como expressão desta mentalidade generalizada. A referência a tal direito, no entanto, na óptica da ética não é isenta de dificuldades.

Ao direito a evitar e a diminuir o sofrimento deveriam corresponder determinados deveres e obrigações, tais como prevenir e reduzir a dor segundo a disponibilidade dos meios de prevenção ou alívio. A disponibilização destes meios seria, então, uma obrigação moral.

A distinção entre sofrimento e dor, que atrás referimos, permite-nos já antever alguma dificuldade para tornar operativo um direito formulado desta forma. De facto, ainda que seja possível libertar das dores um determinado paciente, pode não ser exequível retirar-lhe o sofrimento pela situação que vive, como por exemplo por ter de permanecer na cama durante longo período

de tempo, ou imobilizado nalgum dos seus membros. É necessário, portanto, precisar melhor em que sentido se pode falar deste direito e o que pode implicar.

Ao admitir que todas as valências da medicina e da investigação biotecnológica se pautam por um “ethos da cura”, por um “imperativo terapêutico”, aceitaremos pacificamente que elas se orientam, antes de mais, para a eliminação de todas as patologias que afectam o ser humano e daquilo que contraria um funcionamento saudável da pessoa. Com este pressuposto e com a consciência de que a toda a dor está associada uma negatividade intrínseca, que implica uma diminuição da qualidade humana da vida, parece evidente que tentar eliminar, prevenir ou aliviar qualquer forma de dor e de sofrimento é uma expressão da responsabilidade pela vida, pela natureza, pela humanidade. É, portanto, um ideal nobre da medicina e, simultaneamente, sua obrigação inalienável assumir um papel paliativo do sofrimento humano e minorar as dores das pessoas que a ela recorrem.

Do ponto de vista da bioética, considera-se que um paciente tem o direito a receber todos os meios necessários ao alívio das suas dores, que estejam disponíveis na sociedade em que vive, de acordo com os critérios de distribuição justa dos recursos de saúde.

É importante, ainda, notar que essa tarefa de aliviar as dores não representa uma obrigação absoluta, já que se aceita como princípio que “os fins não justificam os meios”. Por isso, não se considera automaticamente bom e correcto tudo aquilo que possa evitar a dor e o sofrimento. Como formula D. Mieth, “os meios para esse objectivo devem estar sujeitos aos mesmos critérios éticos que o próprio fim desejado”²⁸. Sem dúvida que um cuidado responsável pela vida humana implica todo o esforço, ao alcance das nossas possibilidades, por eliminar ou diminuir as dores de cada pessoa e aliviar o seu sofrimento. Naturalmente adquire aqui relevância a questão da

²⁸ D. MIETH, *Die Sehnsucht nach einem Leben ohne Leiden. Ein Recht auf Nicht-Leiden?*, in: K. HILPERT – D. MIETH (Hg.), *Kriterien biomedizinischer Ethik. Theologische Beiträge zum gesellschaftlichen Diskurs*, Herder, Freiburg 2006, 133-156, 143.

capacidade de integração da dor na vida da pessoa e o que dissemos sobre a (im)possibilidade de conferir sentido ao sofrimento. Nesta tentativa de perceber os contornos da obrigação moral de aliviar o sofrimento e que sofrimento aliviar é pertinente ainda a distinção, nem sempre clara, entre dor necessária e dor desnecessária.

Esta referência ética concretiza-se por meio de outras exigências: a obrigação de responder com todos os meios disponíveis ao pedido de alívio das dores, o dever de levar a sério o sofrimento, o respeito dos direitos humanos do paciente, a não discriminação na distribuição de meios terapêuticos, a garantia de um acompanhamento continuado.

3.2. A terapia da dor à busca de legitimações

Na reflexão bioética sobre a terapia da dor, um dos aspectos que tem originado debate mais intenso está relacionado com as possíveis consequências negativas da anestesia e da analgesia, aquilo que vulgarmente se consideram os efeitos secundários. Podemos encontrar-nos numa situação em que colidam dois deveres primários: o dever de beneficência, que nos leva a paliar as dores do paciente, e a obrigação de não-maleficência, que nos impede de provocar danos à saúde ou de diminuir a capacidade de autonomia da pessoa doente.

Este possível dilema ético tornou-se especialmente agudo no contexto dos cuidados de pacientes em fase terminal, em que o aumento progressivo e irreversível da dor exige um acréscimo dos fármacos opióides necessários ao alívio dessa dor. A generalidade da bibliografia, tanto de especialidade médica como bioética, tem insistido no facto de que o uso destes fármacos pode indirectamente abreviar a vida do paciente, na medida em que faz crescer o risco de paragem respiratória. O facto de esta convicção ter ganho raízes nos cuidados paliativos, e na prática clínica em geral, favoreceu a resistência ao uso destes meios analgésicos e levou ao desenvolvimento de uma estrutura argumentativa muito específica.

Uma resposta que a tradição ética encontrou para este dilema moral foi a aplicação do clássico princípio de duplo efeito, sugerida pelo Papa Pio XII, como já mencionámos. Segundo este princípio é eticamente lícita uma acção que tenha um efeito bom e um efeito mau sempre que se verifiquem quatro condições: 1) a acção da qual resulta a consequência má não pode ser moralmente má, deve ser em si boa ou indiferente; 2) a intenção do sujeito agente deve ser boa, isto é, a consequência má não pode ser pretendida; 3) o efeito bom não deve ser conseguido por meio do efeito mau; 4) deve haver proporcionalidade entre o efeito negativo e o positivo. A aplicação destas condições assenta na distinção entre realidade directamente e indirectamente pretendida, evitando assim a colisão entre deveres morais igualmente importantes.

Ao fazer uso deste princípio procura-se, no fundo, conciliar, do ponto de vista da ética, a exigência de aliviar as dores com a aceitação dos efeitos nocivos, que são previsíveis, mas não desejados. Legitima-se, assim, o uso de meios analgésicos e anestésicos mesmo que impliquem a supressão ou diminuição da consciência e do uso das faculdades superiores. O que aqui é directamente pretendido é a perda da sensibilidade à dor e não uma anulação da consciência e da liberdade.²⁹

As vantagens desta proposta de argumentação ética são inegáveis, na medida em que deixam aberta a possibilidade de uma terapia antálgica mesmo nas situações em que, nas condições referidas, isso pudesse ter implicações nocivas a outros níveis.

Apesar da convicção generalizada sobre estes efeitos secundários da analgesia, diversos estudos mais recentes têm insistido no facto de não haver causalidade entre o aumento de opióides e a antecipação do momento da morte.³⁰ De facto, não há dados que

²⁹ Cf. *Carta dos Profissionais*, n. 71.

³⁰ Cf. S. FOHR, *The Double Effect of Pain Medication: Separating Myth from Reality*, in: *Journal of Palliative Medicine* 1/4 (1998), 315-328; N SYKES – A. THORNS, *The Use of Opioids and Sedatives at the End of Life*, in: *The Lancet Oncology* 4 (2003), 312-318. J. BAKKER, *Why Opioids and Sedatives may Prolong Life rather than Hasten Death after Ventilator Withdrawal in Critically Ill Patients*, in: *The American Journal of Hospice & Palliative Care* 25 (2008), 152-154; T. MORITA et al., *Effects of High Dose Opioids and Sedatives on Survival in Terminally Ill Cancer*

provem que a vida dos pacientes tenha sido encurtada devido aos analgésicos. Um correcto uso destes fármacos, aliado à utilização de outros meios, pode eliminar a possibilidade de ocorrer paragem respiratória e pode, inclusivamente, prolongar a vida destes doentes.

Perante as evidências destes estudos médicos, não só se tornaria supérfluo aplicar o princípio de duplo efeito a estas situações do final da vida, como seria contraproducente referi-lo, na medida em que ao alimentar o mito de que o uso destes meios de controlo da dor antecipa o momento da morte, estaremos a contribuir para um subtratamento da dor na fase terminal da vida.

O uso destes analgésicos enfrenta ainda a objecção de que são viciantes, sendo a razão para que muitos clínicos, por este motivo, tenham dificuldade em recorrer a eles. Também aqui os estudos contrariam esta ideia: a realidade é que os opióides raramente causam adicção no contexto de doenças terminais.³¹ A tolerância do organismo humano aos opióides e a ausência do chamado “efeito tecto” leva a um aumento das doses administradas, necessário para aliviar as dores de crescente intensidade características da evolução da doença. Pode tratar-se aqui de um mecanismo de neuroadaptação, que não se deve confundir com o vício, ou a adicção. Estes dados são importantes para desfazer preconceitos sociais. Do ponto de vista ético, a sua pertinência é menor, já que não parece ser decisiva a possibilidade ou não de adicção numa fase terminal, em que as dores podem constituir um grande obstáculo para o paciente viver de forma pessoal e com dignidade a última fase da sua vida. Não é moralmente muito relevante a situação de adicção ou dependência que estes fármacos possam causar, uma vez que o bem que se pretende atingir com esta intervenção é altamente significativo para a pessoa em causa, verificando-se assim um critério ético de proporcionalidade. Perante a necessidade de optar entre um estado

Patients, in: *Journal of Pain and Symptom Management* 21 (2001), 282-289; L. VITETTA et al., *Sedation and Analgesia. Prescribing Patterns in Terminally Ill Patients at the End of Life*, in: *The American Journal of Hospice & Palliative Care* 22 (2005), 465-473.

³¹ Cf. R. FINE, *Ethical and Practical Issues with Opioids in Life-limiting Illness*, in: *Proceedings* 20 (2007), 5-12.

de dependência farmacológica, sem dores, ou uma situação sem perigo de dependência, que obrigue o paciente a suportar dores intensas, parece preferível garantir à pessoa em final de vida a possibilidade de aliviar substancialmente o seu sofrimento, no respeito pela sua autonomia de sujeito.

A afirmação da legitimidade ética da terapia antálgica, aqui exposta, não ignora os limites morais deste imperativo, que é preciso relativizar. O alívio da dor é certamente um benefício que não se pode recusar a um paciente sem motivo grave. É legítima e desejável a intervenção médica sempre que corresponda à vontade e ao interesse presumido da pessoa doente. No entanto, não se trata de uma obrigação absoluta, um fim a atingir a qualquer custo. Pode haver outros interesses que para determinada pessoa num momento concreto são mais importantes e decisivos do que não ter dores. Por exemplo, o desejo de estar lúcido para um diálogo decisivo, manter a consciência para viver os últimos momentos de acordo com as suas convicções religiosas. Considera-se, portanto, que renunciar de forma razoável à possibilidade de aliviar a dor é também um direito do paciente. Entendemos por razoável aquilo que se possa integrar dentro do conjunto coerente de valores e princípios do paciente, sempre que haja uma proporcionalidade entre os valores em causa.

No âmbito de cuidados médicos que aqui nos ocupa são aplicáveis ainda obrigações decorrentes do princípio da autonomia e do direito a um consentimento informado. Por outras palavras, deve ser dada ao paciente a possibilidade de poder determinar até que ponto e em que medida se quer sujeitar a essa perda de consciência. Nos casos em que não há condições de autonomia para o exercício de um consentimento autenticamente informado, e em que é inevitável e inadiável intentar procedimentos em que seja previsível a perda da consciência ou do uso de faculdades superiores, terá pelo menos de se sinalizar ao paciente que essa eventualidade ganha mais probabilidade. Não se pode ignorar o direito de cada pessoa a ter possibilidade de realizar conscientemente tarefas que ela considera decisivas, como já referimos.

3.3. Centralidade da relação no processo terapêutico

O que foi dito sobre a subjectividade da dor, tanto o que se refere à importância do momento descritivo enquanto acesso do médico à dor do paciente, como o que diz respeito ao carácter único de cada situação de sofrimento, implicam que ao falar do direito a ser aliviado da dor, tenhamos implícito que se trata da “sua” dor, isto é, da dor concreta de determinada pessoa, no quadro das suas significações próprias e das referências que lhe estão associadas. Não está em causa uma dor estatística ou um fenómeno fisiológico comum, mas uma situação concreta e única de um indivíduo concreto. Perante a pessoa que sofre, o médico não se limita só a verificar, mas também a compreender.

Isto aponta para a necessidade de assumir como critério ético a exigência de uma atenção especial ao momento do processo terapêutico que é o contacto entre o profissional de saúde e a pessoa que sofre dor. Recordamos a este propósito os contributos da “Escola de Heidelberg”, com o seu modelo integral ou antropológico, que propõe um conceito de acção médica centrada na pessoa do indivíduo doente, procurando superar uma concepção orgânica da medicina.³² Pretende, deste modo, incluir a dimensão subjectiva na relação médico-doente e o elemento biográfico na análise do paciente.

Destaca-se, desta forma, o momento de anamnese médica como parte privilegiada dos cuidados médicos. Ao centrar-se numa apreciação global da pessoa, ela permite contrariar uma tendência característica da medicina moderna, que é sua atenção exclusiva aos dados quantificáveis. Não podemos esquecer que a subjectividade própria do sofrimento e da dor entra em confronto com a subjectividade do próprio profissional de saúde. A incapacidade de captar com exactidão a dor do paciente é um obstáculo sério à

³² Os nomes mais significativos da “Escola de Heidelberg” são Ludolf von Krehl, Viktor von Weizsäcker e Richard Siebeck. Perspectivas de uma medicina antropológica podem ser vistas em: V. von WEIZÄCKER, *Der Arzt und der Kranke*, in: *Gesammelte Schriften V*, Suhrkamp, Frankfurt 1987.

ação do médico. “Uma exaustiva anamnese da dor é a base mais importante para a elaboração do diagnóstico; contém a localização da dor, a descrição temporal, a qualidade e intensidade da dor, o comportamento perante as dores e as implicações psicossociais.”³³ Neste procedimento é importante, obviamente, exprimir quantitativamente a informação recebida, mas não se pode dispensar a confiança que é base da relação médico–doente e que é necessária tanto para uma comunicação aberta, como para uma recepção atenta.

Nesta perspectiva é plausível o que diz Eric Cassell: “Em diversos aspectos do controlo do sofrimento, conversar com os pacientes, juntamente com cuidar do seu corpo, é o tratamento. [...] Parte do escutar é aprender a estar completamente aberto na presença do paciente. [...] Isto foi por vezes classificado como escutar simpático, comunicação empática, ou atenção empática – e pode ser ensinado e aprendido. Esta postura não é tanto algo que se faz, mas algo que se é. [...] A relação médico-paciente é o veículo através do qual é alcançado o alívio do sofrimento.”³⁴ Em sentido semelhante se exprime outro clínico especialista nestas áreas, P. Zucchi, ao afirmar que o terapeuta da dor deve realizar uma determinada terapia antálgica (farmacológica ou não), tendo em conta que o processo inclui uma hermenêutica etiológica da doença, que no seu sentido mais elevado é hermenêutica das necessidades do homem: “a terapia da dor como interpretação etiológica da sintomatologia álgica da doença insere-se no exame clínico de uma situação com frequência altamente problemática para o paciente”³⁵. A terapia da dor converte-se, para este autor, num elemento personalizador da relação médico-paciente.

³³ E. KLASCHIK, *Schmerz / Schmerztherapie*, in: *Lexikon der Bioethik* (Ed. W. Korf), Bd. 3, Gütersloher, Gütersloh 1998, 239-241.

³⁴ CASSELL, *The Nature of Suffering*, 290.

³⁵ ZUCCHI, *Terapia del dolor*, 30.

3.4. A autonomia questionada?

Uma das inovações mais relevantes nos cuidados médicos modernos tem a ver com a introdução e desenvolvimento bioético da autonomia do paciente como princípio operativo da ética médica. As mudanças, teóricas e práticas, em todos os cuidados de saúde, causadas pela adopção deste conceito e princípio são, sem dúvida, de um impacto que marca uma viragem na forma de entender esses cuidados. Na sua concepção mais vulgarizada, a autonomia implica ser capaz de regular-se a si mesmo, sem controlo externo e sem factores que limitem a liberdade pessoal, de controlar os desejos e as preferências, distinguindo os diversos níveis de interesses (os mais básicos dos mais elevados), é a capacidade de agir intencionalmente, de acordo com um plano prévio, com base num conhecimento informado.³⁶

No âmbito específico que nos ocupa, este princípio implica que o paciente tenha um conhecimento devidamente informado, com os elementos necessários a uma compreensão adequada à sua situação pessoal. Deve, pois, ter a devida informação sobre anestesia e analgesia, incluindo os seus efeitos secundários, os riscos, as eventuais alternativas. Sobretudo nas situações de dor crónica, parece relevante que o paciente seja informado das alterações previsíveis relativamente à percepção, às emoções, à lucidez. Isto é importante, para que ele possa antecipar alguma decisão que pessoalmente seja significativa.

O paciente não só deve ser incluído nos processos de decisão daquilo que lhe diz directamente respeito, como lhe deve ser dada a possibilidade de exprimir vontade prévia em relação a situações nas quais possa vir a não estar consciente. Aqui incluiu-se nomeadamente a indicação para serem preferidas ou preteridas opções que priorizem a analgesia perante outros tipos de intervenções. Como em todas as situações, as decisões devem ter por base as referências do paciente, respeitando aquilo que seja razoável dentro do

³⁶ Princípio proposto por T. L. BEAUCHAMP – J. F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York 2001, 57-60.

seu conjunto de valores e que não ponham em causa os deveres e direitos de terceiros.

Não podemos, porém, ignorar que o sofrimento e a dor põem em causa alguns dos pressupostos para a aplicação deste princípio da bioética. A pessoa em sofrimento é afectada na medida em que as suas decisões são altamente condicionadas pela necessidade de dar resposta à dor que experimenta, as suas escolhas e opções prévias são submetidas a esta realidade que se torna imperiosa.

Não nos parece, todavia, que a alternativa a decisões autónomas seja exclusivamente a não autonomia. Podemos aceitar que há lugar para uma autonomia partilhada ou solidária. Trata-se de ajudar o paciente a fazer escolhas autênticas, a ter decisões que em si mesmas são autónomas. A intervenção de terceiros torna-se, nestes casos, possibilitadora da garantia de um conhecimento que pode assegurar uma beneficência para a globalidade da pessoa, que, pela dor sentida, corre o risco de atender apenas a interesses parciais. Partilhamos, por isso, a convicção de que “a natureza do sofrimento sugere a importância de uma visão comunitária da ética, na qual a relação entre os indivíduos enquanto membros de uma comunidade orienta as noções de correcto e de bom.”³⁷ A realidade da dor e do sofrimento humano exigem, portanto, uma autonomia solidária, ou relacional, no sentido de uma ampliação das capacidades argumentativas, já que a autonomia supõe uma abertura ao outro e, portanto, a comunicação. A atitude franca de quem procura o bem, sabendo-se não possuidor da verdade, leva a ver a uma autonomia que é apelo à presença do outro e se exerce na relação.

3.5. Multidimensionalidade da dor e do cuidado

Como já indicámos, as concepções actuais da dor apontam para uma compreensão multidimensional, que inclui o processo fisiológico, a capacidade de compreensão, as referências interpretativas,

³⁷ CASSELL, *Pain and Suffering*, 1903.

a assimilação pessoal da situação vivida, os impactos psicológicos, as implicações relacionais, as reacções emotivas, as vivências espirituais e religiosas. Consequentemente não pode haver uma terapia ou cuidado da dor que não adopte um paradigma multidisciplinar, que envolva competências múltiplas.³⁸ O decisivo nesta convergência de intervenções não é definir qual delas é a mais correcta, mas estar consciente de que nenhuma delas isoladamente é a correcta, uma vez que os diversos aspectos da dor (somáticos, psíquicos, espirituais, relacionais) estão interligados.

Sabendo da importância de todas as valências de uma intervenção multiestratégica na terapia da dor, permitimo-nos assinalar a necessidade dos cuidados espirituais e religiosos, porque com frequência menosprezados. À luz do que acima dissemos sobre as possibilidades de integração pessoal e não destrutiva da dor, há uma obrigação ética em favorecer um acompanhamento espiritual-religioso ao paciente, que permita uma adequada integração da experiência de dor e sofrimento na sua vida pessoal e o ajude a encontrar um sentido para o que tem de enfrentar. Assim, admitimos que há um direito do paciente a realizar os actos que decorrem da sua vivência espiritual e religiosa, independentemente do que isso possa significar para outros.

3.6. Questões específicas na ética da anestesiologia

A maior parte dos temas aqui abordados podem ser comuns à reflexão ética sobre diversas áreas: a terapia da dor, a anestesia, a sedação, entre outros. Há, porém, algumas questões éticas que se colocam especificamente no uso da anestesia.

O facto de a anestesiologia ser uma especialidade médica relativamente recente é uma das razões pelas quais se constata tanto uma insuficiente integração dos anestesistas na relação clínica, como uma diminuta valorização destes médicos pela opinião pública.

³⁸ Cf. F. J. ILLHARDT, *Ethische Aspekte der Schmerztherapie*, in: *Der Schmerz* 12 (1998), 12-18, 16.

Esta situação não é apenas relevante para repensar as interações entre profissionais, mas tem também implicações éticas a diversos níveis. Antes de mais, no que diz respeito à própria definição de responsabilidades num processo cirúrgico. O relativo “escondimento” do anestesista manifesta-se também no facto de não surgir perante os pacientes como interlocutor das suas questões e interpelações. Com alguma frequência não é considerado uma instância de responsabilidade do acto médico, por não ser visto nem se apresentar como tal. Na prática, não responde pelo sucesso ou pelo fracasso da intervenção em que também foi responsável, já que costuma ser o cirurgião a concentrar em si estas competências.

Uma expressão do que acabamos de dizer pode ser reconhecida na seguinte situação: geralmente, em ordem a planear uma intervenção cirúrgica, os pacientes estabelecem relação privilegiada com o cirurgião e em muitos casos não se encontram com o anestesista, ou contactam com ele de modo fugaz. Esta circunstância, ao limitar a comunicação entre paciente e anestesista, condiciona fortemente a necessária confiança que deve estar subjacente em toda a relação clínica. A confiança é determinante em relação ao consentimento informado, já que o anestesista deve ter condições para poder decidir que informação, e de que modo, deve transmitir ao paciente. Considera-se que, de forma clara e adequada ao paciente, o médico deve informar qual o tipo de anestesia a que será submetido, assegurar-lhe que não sentirá dor durante a intervenção e que as suas funções vitais são constantemente controladas.

Uma outra situação geradora de problemas éticos, que ocorre algumas vezes, prende-se com os exames complementares ou informações adicionais que o cirurgião e o anestesista podem requerer. Quando neste âmbito se verificam divergências entre os especialistas, pode colocar-se o problema de uma diminuição da confiança do paciente na equipa médica. Sabendo que uma frágil confiança é prejudicial para todos os implicados em qualquer acto médico, o anestesista pode encontrar-se numa situação em que a sua competência profissional e a sua consciência moral o obrigam a solicitar os ditos exames. Entram aqui em conflito exigências que podem tomar sentidos opostos e às quais se deve responder, não

descurando nem absolutizando completamente nenhuma delas. Seria demasiado simplista e eticamente questionável se, para manter a confiança na equipa médica, o anestesista renunciasse a exigir algo que, na sua percepção de momento, lhe parece importante para realizar o dever de beneficência em relação a uma pessoa que também é seu paciente.

Nesta interacção entre o anestesista e o cirurgião, há uma questão especialmente delicada que tem a ver com uma possível discordância quanto à necessidade de uma cirurgia em concreto.³⁹ Em ambientes onde a medicina tem uma vertente muito comercial e as cirurgias representam um sector potencialmente lucrativo, o peso de um tradicional paternalismo médico pode criar situações em que se verifica alguma ligeireza na indicação de determinada cirurgia. Nos casos em que o anestesista tem indicadores objectivos para discordar da opção do cirurgião, fica perante um conflito de valores, entre o respeito que leva a não desautorizar um colega e o dever de sugerir uma segunda opinião ao paciente.

Os referidos conflitos de deveres não se solucionam, habitualmente, com uma preferência simples por uma das opções disponíveis. Uma cuidada ponderação ética deve levar a decisões que procurem ao máximo respeitar os valores que parecem opor-se.

3.7. Papel da analgesia no debate sobre a ética do final da vida

Um dos receios mais comuns nas sociedades ocidentais é o de ter dores na fase terminal da vida. A terapia da dor adquiriu, justamente, um certo protagonismo no âmbito do cuidado de pacientes em estado terminal, através de intervenções paliativas que podem envolver diversos recursos: meios farmacológicos, intervenções invasivas, técnicas fisioterapêuticas, acompanhamento psicoterapêutico, meios não convencionais. A este protagonismo associaram-se outras implicações especialmente relevantes no debate bioético

³⁹ Situação referida por: S. HARIHARAN, *Ethical Issues In Anesthesia: The Need for a more Practical and Contextual Approach in Teaching*, in: *Journal of Anesthesia* 23 (2009), 409-412.

sobre o final da vida humana: trata-se da relação entre as situações extremas de dor e os pedidos de eutanásia.

É sabido que a generalidade das pessoas que solicitam a eutanásia se encontra em elevado sofrimento, frequentemente com dores insuportáveis. Dados recolhidos em diversos contextos evidenciam que uma adequada terapia da dor reduz drasticamente os pedidos de eutanásia. P. Zucchi refere que de 900 casos de pacientes com dores graves por doença cancerosa, só um pediu para morrer, abandonando esta solicitação depois de uma adequada terapia antálgica. Ainda que não seja possível garantir que todas as dores sejam eliminadas, a medicina tem possibilidades de tornar a última fase da vida mais suportável. Um eficaz acompanhamento paliativo é, portanto, decisivo para melhorar a qualidade de vida do paciente em fase terminal, criando condições para poder viver humanamente nestas situações. Uma adequada estratégia de cuidados paliativos não retira apenas a dor, mas também a sensação de estar abandonado. Trata-se de responder às necessidades do paciente, sem retardar distansicamente o processo de morrer e sem agredir aquela vida humana no seu valor moral.

Não querendo entrar aqui na discussão ética sobre a eutanásia, parece-nos que uma sociedade será tanto mais civilizada quanto mais procurar, por todos os meios, que os seus cidadãos não desejem deixar de viver. Aberturas simplistas à possibilidade da eutanásia podem levar a um desinvestimento na procura de todos os recursos para uma adequada terapia da dor e favorecer o desinteresse por disciplinas médicas que fazem todo o possível para proporcionar a pacientes com dores as condições de serem sujeitos de uma vida com sentido. A implementação de redes eficazes e generalizadas de cuidados paliativos e de terapia da dor será, sem dúvida, a melhor alternativa a opções que levariam inevitavelmente a baixar o nível moral de sociedades que capitulam perante as ameaças de um medo que não querem enfrentar.

3.8. O reconhecimento dos limites

Depois de termos salientado não só a legitimidade, mas também uma exigência moral de a medicina aliviar o sofrimento humano através de uma abrangente terapia da dor e dos recursos da anestesiologia, pensamos que não será origem de equívocos uma alusão à tendência para sobrevalorizar de tal forma a eliminação da dor que se perde a capacidade para uma aceitação razoável das dores inevitáveis e para uma integração pessoal do sofrimento. No já distante, mas ainda actual, clássico manifesto de Ivan Illich contra a iatrogénese clínica, somos confrontados com o extremo oposto da atitude do passado em que se exaltava a dor e a possibilidade de sofrer. Para este autor, a nossa civilização encaminha-se para uma não menos saudável postura: “Numa sociedade dominada pela analgesia, parece racional fugir à dor, literalmente, a todo o custo, em vez de a enfrentar. Parece razoável suprimir a dor mesmo que com isso se suprima a fantasia, a liberdade ou a consciência. Parece razoável libertar-se dos constrangimentos impostos pela dor, mesmo que isso custe a perda da independência. À medida que a analgesia domina, o comportamento e o consumo fazem declinar a capacidade de enfrentar a dor, índice de capacidade de viver. Ao mesmo tempo, a faculdade de gozar prazeres simples e estimulantes fracos decresce. São precisos estimulantes cada vez mais potentes para que as pessoas que vivem numa sociedade anestesiada tenham a impressão de que ainda estão vivas.”⁴⁰ Este lúcido diagnóstico é compartilhado por outros autores contemporâneos ao identificarem uma “tendência analgésica” das nossas sociedades, que têm uma particular susceptibilidade à dor e também uma maior dificuldade para lidar com ela.⁴¹

Ora, esse “imperativo analgésico” das sociedades modernas, a que se submete frequentemente a própria medicina, pode dar lugar a uma ilusão de vida sem sofrimento. As sempre crescentes possibilidades de aliviar ou mesmo eliminar a maior parte das

⁴⁰ ILLICH, *Limites para a medicina*, 143.

⁴¹ Cf. CATTORINI, *La morte offesa*, 40-41.

dores facilmente alimentam o sonho de que é possível uma vida humana liberta de sofrimento. Esta é, de resto, mais uma expressão da vontade moderna de alcançar vidas perfeitas, sem vestígios de envelhecimento, de dor, de fragilidade, de deficiência.

Torna-se supérfluo insistir que esta aspiração pretende um estado irrealizável, que a medicina e as biotecnologias nunca poderão garantir. Haverá sempre dores e sofrimento que os cuidados médicos não terão possibilidade de aliviar, para além de que não é previsível virem a existir condições de que os meios ao alcance da medicina moderna possam realisticamente chegar a todos os seres humanos.

Tendo que viver com a possibilidade de enfrentar o sofrimento e a dor, resta-nos assumir uma atitude que possa lidar pacificamente com os limites da humanidade e as incapacidades das ciências médicas. Neste sentido, é extremamente relevante o contributo das éticas de inspiração cristã, que, ao contrário de tendências dominantes, afirmam a dignidade da existência humana mesmo quando ela implica a aceitação realista do sofrimento e dos limites.

Ao contrário do que acontece com muitos dos problemas da bioética ou da ética médica, que podem não nos dizer directamente respeito, as questões relacionadas com o controlo da dor e com o sofrimento atingem-nos necessariamente, não só enquanto cuidadores da vida de outros ou profissionais de saúde, mas também simplesmente enquanto humanos. A escritora Susan Sontag exprime assim esta condição: “Todo aquele que nasce tem dupla cidadania, no reino dos saudáveis e no reino dos doentes. Embora todos prefiramos usar somente o passaporte bom, mais cedo ou mais tarde cada um de nós é forçado, pelo menos por um pedaço de tempo, a identificar-se como cidadãos desse outro lugar.”⁴² Ao desenvolver a anestesia e a terapia da dor, a medicina enfrenta essas questões morais ineludíveis e vem ao encontro de alguns dos anseios humanos mais profundos.

⁴² S. SONTAG, *Illness as Metaphor and AIDS and Its Metaphors*, New York 1977, 3.

J. MARTINS NUNES, VÍTOR COUTINHO,
C. AMARAL DIAS, PAULO PEIXOTO E OLIVEIRA BRANCO

ESSÊNCIA DA VIDA E DIGNIDADE HUMANA

Anestesia e Civilização

Coordenação
J. Martins Nunes

MinervaCoimbra

Coordenação editorial

Serviço Anestesiologia dos HUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Tradução e revisão de textos

Isabel Tourais

Capa

Inês D'Orey, *Anestésica – Anestesia. Permanece*

Concepção gráfica

MinervaCoimbra

Execução gráfica

G.C. – Gráfica de Coimbra, Lda

ISBN**Depósito Legal****Obra publicada**

com o apoio dos Laboratórios

Astellas, Jansen e Abbott

Edição

Serviço Anestesiologia dos HUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Edições MinervaCoimbra

ÍNDICE

- 7 Prefácio
- 11 Nota Prévia
- 13 ESSÊNCIA DA VIDA E DIGNIDADE HUMANA
ANESTESIOLOGIA E CIVILIZAÇÃO
José Martins Nunes
- 19 A ANESTESIOLOGIA E A CIVILIZAÇÃO
José Martins Nunes
- 39 SOFRIMENTO HUMANO E ALÍVIO DA DOR:
ÉTICA DA ANESTESIA E DA ANALGESIA
Vítor Coutinho
- 75 A ALMA DO ANESTESISTA
Carlos Amaral Dias
- 87 A ANESTESIA COMO METÁFORA
DE UMA SOCIEDADE SENSÍVEL
Paulo Peixoto
- 101 SOBRE O PARTO NATURAL SEM DOR
Alocução do Papa Pio XII
Tradução de Oliveira Branco
- 117 SOBRE A ANALGESIA: TRÊS QUESTÕES RELIGIOSAS E MORAIS
Alocução do Papa Pio XII
Tradução de Oliveira Branco

- 141 SOBRE A REANIMAÇÃO
TRÊS QUESTÕES DE MORAL MÉDICA
Alocução do Papa Pio XII
Tradução de *Oliveira Branco*
- 151 AOS PARTICIPANTES NO CONGRESSO
DA ACADEMIA ITALIANA DE ANESTESIOLOGIA
Alocução do Papa João Paulo II
Tradução de *Oliveira Branco*
- 159 AOS PARTICIPANTES NO X CONGRESSO
DA ACADEMIA EUROPEIA DE ANESTESIA
Alocução do Papa João Paulo II
Tradução de *Oliveira Branco*