

O Sentido da dor na vida humana. O doente com dor: aspectos éticos¹

Maria do Céu Patrão-Neves²

INTRODUÇÃO

O presente trabalho procura reflectir sobre a dor, integrando-a no vasto domínio do humano e privilegiando a perspectiva ética, pelo que incidirá sucessivamente sobre: a antropologia da dor, sublinhando a multidimensionalidade da dor (a dor como sensação, percepção, experiência) e apresentando a pessoa como uma unidade integral (unidade indivisível singular); a dimensão ética da dor, referindo diversos sentidos da experiência da dor (significação e sofrimento) e os limites que esta impõe à pessoa (poder desagregador e poder paralisador); e, por último, as relações entre profissionais de saúde e paciente, tal como são perspectivadas pela bioética (dialéctica entre o poder e a fragilidade, o dever e a solicitude).

Palavras chave: Dor. Pessoa. Ética.

A dor, evocada aqui previamente à sua conceptualização, é por todos reconhecida como uma experiência comum a cada um de nós e a toda a humanidade –experiência, regra geral, não desejada, mas antes considerada nociva e causadora de sofrimento. A experiência da dor parece mesmo apresentar-se como uma invariável antropológica, universal, quer seja entendida como decorrente da natural constituição psico-física do homem, quer seja interpretada como marca da fragilidade e finitude humanas.

E, não obstante, se num olhar retrospectivo contemplarmos a história da medicina, como arte e ciência, como saber, enfim, que se dedica a restaurar o bem-estar ao nível do organismo humano, encontramos um esforço continuado para promover o seu equilí-

brio natural através da tentativa de aniquilação da causa do desequilíbrio, da causa do mal-estar, da causa da dor; não encontramos, porém, uma atenção dedicada à supressão da dor³.

Perguntarão alguns, que não os profissionais da saúde, se, visando combater a origem da dor, não se debela, por consequência, a própria dor. Os médicos saberão responder que mesmo no passado, sobretudo antes do surgimento dos processos de anestesia no século XIX e o início do controle da dor, quando a medicina se exercia ainda fortemente como um “cuidar”⁴ da pessoa doente, era já invariavelmente para a origem ou causa da dor que a medicina se voltava. A experiência da dor era tomada como realidade inevitável decorrente do mal existente, fenómeno natural na vida dos homens, que se esperava fosse simplesmente suportada (postura passiva), enquanto o mal persistisse. Hoje os profissionais de saúde saberão responder melhor e afirmam que existem alguns tipos de dor –como, por exemplo, a dor crónica– que, pela sua natureza, não são susceptíveis de ser apaziguadas pelo tratamento da sua causa (que, aliás, muitas vezes, se desconhece) –tratamento este fracassado face à origem de alguns males e ao actual estado da arte da medicina. Impõe-se, pois, uma nova atitude, uma actividade intencional e directamente dirigida para a dor e seu controle (que tome a dor como objectivo próprio e não apenas como mero efeito).

A resposta contemporânea para as situações, em número crescente, de dor crónica e dor aguda é a de um maior e progressivo investimento numa “medicina da dor”, cuja génese é extraordinariamente tardia se considerarmos a longa história da medicina e a peregrinação da dor. Com efeito, só ainda timidamente a partir de 1944 se inicia o estudo sistemático da dor e se começam a desenvolver terapias da dor⁵. Sob o ponto de vista científico-tecnológico, esta nova área da medicina vem preencher um vazio, porque nada havia feito nesta área até então, e assinala o fim de um esquecimento –na obra de Isabelle Baszanger com o mesmo título (1995). Simultaneamente perfila-se como um domínio de futuro, a avaliar pelo elevado número de pessoas afectadas de dor e tomando o irreductível critério económico: a incapacidade decorrente sobretudo de dores agudas e crónicas implica prejuízos avultados. Sob o ponto de vista da pessoa, a medicina da dor, assinala uma viragem definitiva e irreversível no sentido da mais autêntica e efectiva humanização dos cuidados de saúde.

A humanização da prática clínica que a medicina da

Universidade dos Açores.

Departamento de História, Filosofia e Ciências Sociais.

Rua da Mãe de Deus, App. 1422.

1902 Ponta Delgada (Açores) Codex.

¹Comunicação apresentada no “Encontro sobre a Dor”, que se realizou em Ponta Delgada, durante os dias 13 e 14 de junho.

²Professora Associada de Filosofia, na Universidade dos Açores.

³Afinal, como lembra Jean-Marie Besson, em *La Douleur*, 1992, p. 156, “le choix de la méthode thérapeutique dépend avant tout de l'origine de la douleur”.

⁴Utilizamos aqui o termo “cuidar” no contexto da já comum distinção entre o “cuidar” e o “curar”.

⁵Referimo-nos aqui ao trabalho de investigação e clínico de John Bonica, médico norte-americano que entre 1944 e 1994 (data do seu falecimento) desenvolveu importantes trabalhos no domínio que hoje se designa por “medicina da dor”, de que ele foi um dos principais impulsionadores.

dor excelentemente protagoniza não decorre apenas do seu objectivo expresso de controlo da dor, de aliviar o homem de um dos grandes males que o afligem. Através da enunciação dos seus objectivos, a medicina da dor transmite uma nova concepção da dor e uma nova concepção da pessoa com dor que colocam a prática clínica no plano das relações interpessoais. É a estes aspectos que nos dedicaremos seguidamente, numa reflexão centrada sobre a relação do homem com a dor.

1. ANTROPOLOGIA DA DOR

1.1. A multidimensionalidade da dor

A proposta que fazemos de reflectir sobre a relação do homem com a dor implica que nos desloquemos para o plano antropológico, no qual a dor é evocada tal como é experimentada, vivida, sentida pelo homem. Esta nova perspectiva de análise da dor corresponde indubitavelmente à recusa da sua consideração como um facto puramente fisiológico, neurológico – tal como começou por ser dissecada.

Com efeito, os primeiros estudos sobre a dor, de carácter sistemático e índole científica, procuraram identificar os elementos somáticos intervenientes no processo da dor, suas funções e respectiva articulação; isto é, procuraram descrever o mecanismo da dor. Neste capítulo, o conhecimento inicial da nocicepção⁶, como transmissão neuronal de estímulos nocivos, contribuiu decisivamente para a compreensão deste mecanismo, e do circuito da dor como um sistema rígido em cadeia em que o estímulo se transmite da periferia do sistema nervoso ao cérebro, quase sem deformações. A dor (qualquer que seja a sua origem) é então classificada como uma sensação primária e traduz tão simplesmente o bom funcionamento do sistema nervoso.

Esta perspectiva acerca da dor é bastante restritiva da sua realidade – tal como é hoje comumente reconhecido – e tem um impacto negativo na compreensão do fenómeno da dor, generalizada nas suas diversas expressões a uma estrutura puramente mecânica. Muitas das experiências realizadas em laboratório acentuaram esta visão estreita acerca da dor: referimo-nos a estudos psico-físicos projectados para demonstrar que, regra geral, a dor que se percebe corresponde à intensidade da estimulação que se sofre.

O posterior conhecimento da modelação do processo de nocicepção⁷ permitiu compreender a dor como uma percepção, baseada na informação sensorial, mas envolvendo já uma capacidade cognitiva e uma

faculdade de julgar que interpreta a sensação como dor e que interpreta a dor singularmente. Este foi também um passo importante para a afirmação da unidade psico-física dos seres, especificamente ao nível do humano – o que, estabelecendo a experiência da dor como condicionada (modelada) por factores de ordem psíquica (princípio interno de organização da personalidade), veio alargar a concepção da dor a uma dimensão subjectiva.

Progride-se, assim, decisivamente, do domínio restrito e equívoco da dor fisiológica para o domínio amplo e ambíguo da dor vivida. Mais do que uma sensação, mais do que uma percepção, a dor vem agora a ser reconhecida como uma vivência, como uma experiência.

Confirma-se, então, o que o senso comum há muito pressentira: não existem duas experiências de dor idênticas, porque mesmo que o fossem sob o ponto de vista objectivo, neurológico e quantitativo, não o seriam sob o ponto de vista subjectivo, humano e existencial. Ora, objectivamente a dor não pode ser medida. “Os estímulos nocivos e as respostas nociceptivas podem ser quantificados, mas a dor não o pode” – afirma Eric Cassel⁸ ao concluir pela impossibilidade de refutar a dimensão subjectiva da dor. E duas pessoas sujeitas a uma dor idêntica, ou a estímulo nocivo idêntico, reagirão sempre diferentemente em virtude de uma quase infinidade de variáveis individuais que intervêm no processo da dor, e que não são apenas de ordem singular, mas também de ordem colectiva, social. A dor é íntima – dir-se-ia – mas está impregnada do social.

Por isso Le Breton afirma que “a dor é primeiramente um facto de situação”⁹, situação ou contexto pessoal em que surge e que a modela na sua realidade, na forma como vai atingir a pessoa e como esta vai reagir. Os usos e costumes de uma comunidade poderão, por exemplo, conduzir ao infligir de dor em alguns dos seus membros (caso de alguns ritos de iniciação), a qual será bem tolerada e mesmo poderá ter consequências graves para a saúde, causando intenso sofrimento. E não só a situação sócio-cultural, mas também a situação singular da pessoa poderá constituir um factor decisivo na sua relação com a dor: quem está só mais facilmente soçobrará face à dor do que quem se encontra acompanhado de atenção e carinho.

Para além dos conhecimentos neuro-fisiológicos, a compreensão da dor exige a consideração de factores tão diversos como a condição social e cultural da pessoa com dor, a sua história pessoal e as suas anteriores experiências, a natureza dos seus projectos e o empenho que neles coloca, os seus medos, frustrações e expectativas, o tipo de educação recebida e as suas convicções religiosas, a sua postura prévia em relação à dor e em relação à vida, o seu nível de sensibilidade à dor, o significado que atribui à dor que o afecta, etc. – factores não quantificáveis, que integram e constituem a dimensão subjectiva da dor.

Estes e outros aspectos que poderíamos ainda acrescentar articulam-se entre si em combinações múltiplas e variadas, condicionando a percepção da dor por cada uma das pessoas, bem como a sua reacção à dor. A

⁶Os nociceptores são pequenas fibras nervosas que ligam os órgãos, os músculos, a pele, à medula espinal, estabelecendo complexas conexões com os nervos espinais que ascendem ao tálamo e daí a diferentes partes do cortex cerebral.

⁷O processo de nocicepção não consiste apenas na transmissão de informação, mas também na sua modelação: a informação pode ser intensificada, diminuída ou suprimida no processo de percepção dos estímulos nocivos em que o significado é acrescentado à informação.

⁸Eric Cassel, “Pain and Suffering”, p. 1898.

⁹Le Breton, *Anthropologie de la douleur*, p. 11.

realidade da dor reside menos na causa que a produz do que na expressão que assume na pessoa que sofre. Abandonaremos aqui a componente fisiológica da dor para os cientistas e investigadores médicos, abandonaremos também a componente sócio-cultural da dor para os sociólogos, e confinar-nos-emos à dimensão pessoal da dor, à sua expressão na pessoa que sofre.

1.2. A pessoa, na sua unicidade integral

O reconhecimento contemporâneo da multidimensionalidade da dor humana decorre já claramente da total superação do dualismo antropológico que dominou a história da reflexão do homem sobre o homem. Detenhamo-nos, brevemente, sobre a concepção de homem no curso do tempo e a relação desta com o sentido que ele foi atribuindo à dor.

A imagem de si que o homem foi construindo, como um ser dual, composto de corpo e alma, ou matéria e espírito, não sendo originária à existência do homem, é tão antiga quanto a reflexão sobre a sua própria natureza. Desta sorte, verificamos primeiramente que, nos textos pré-clássicos, o homem é perspectivado como uma unidade animada pelo "sopro vital"¹⁰, ela própria parte da totalidade do universo, regulada pela mesma lei do cosmos (a *diké*, justiça; o *logos*, razão). Neste contexto ou num plano paralelo, tal como parece confirmar-se em civilizações antigas como a egípcia ou a assírio-babilónica, a dor é entendida como derivando da introdução indevida de algo no corpo humano (objectos, fluidos, demónios), de que o homem se libertará realizando um corte no seu corpo que permita a saída do mal. A dor é entendida como um mal. Podemos acrescentar que, de algum modo, a oportunidade de uma incisão para o esvaimento ou expurgação do mal, frequentemente contido no sangue, foi conhecendo várias formas de expressão ao longo dos tempos (o sangrar os doentes, por exemplo, é uma prática ainda recente).

¹⁰O homem é perspectivado como uma unidade, enquanto realidade anterior à distinção entre o somático e o psíquico, animada pelo "sopro vital" ou "alma" (a vida identificava-se com a respiração ou sangue). A "alma", *psyché*, tem então uma dimensão exclusivamente vitalista, na medida em que anima, dá vida ao corpo, com ele se interpenetrando. A alma não tem ainda qualquer sentido espiritual.

¹¹Referimo-nos ao período antropológico da filosofia, que se inicia no século IV a.C.

¹²No âmbito do dualismo antropológico, as relações estabelecidas entre o corpo e alma, pelos diversos filósofos que se lhe referiram, foram oscilando desde a desvalorização profunda do corpo como cárcere da alma (Platão), até ao entendimento do corpo como instrumento de aperfeiçoamento do homem (S. Tomás de Aquino).

¹³"Je suppose que le Corps n'est autre chose qu'une statue ou machine de terre [...] il [Dieu] met au dedans toutes les pièces qui sont requises pour faire qu'elle marche, qu'elle mange, qu'elle respire, et enfin qu'elle imite toutes celles de nos fonctions qui peuvent être imaginées procéder de la matière, et ne dépendre que de la disposition des organes." Descartes, *L'Homme*, XI, p. 120.

¹⁴O biologismo, na sua acepção restrita, "é uma doutrina filosófica monista que explica os fenómenos e leis neuropsíquicas, psíquicas e sociais pela causalidade de um princípio único, universal: a vida ou energia biológica". V. de Sousa Alves, "Biologismo", in *Logos. Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia*, Lisboa, Verbo, vol. 1, 1989, pp. 687-688. Na medida em que o biologismo se traduz frequentemente por um vitalismo – que defende um princípio vital irredutível aos fenómenos físico-químicos dos organismos – opõe-se à perspectiva mecanicista – que toma o mundo orgânico sob as mesmas leis que o mundo inorgânico. Enquanto o biologismo se rege pela lei da causalidade, partilha-o com o mecanicismo.

Com o desenvolvimento da racionalidade e o início de uma reflexão sistemática acerca do homem¹¹, este passa a compreender-se como possuidor de uma dupla natureza: ele tem alma, espírito, razão – verdadeira essência do humano ou sua parte mais excelente; e tem corpo, matéria, sensibilidade – sua realidade mundana e temporal, sua condição de homem. A compreensão da dor despe-se dos elementos mágicos ou divinos, para ser entendida como forma particular de emoção (Aristóteles), ou como sensação contrária ao prazer (epicuristas). Entretanto, também a concepção dualista do homem foi conhecendo várias expressões ao longo dos tempos – já com Platão e Aristóteles, e também sob influência do cristianismo¹² –, tendo-se radicalizado no século XVII, com Descartes e a sua concepção mecanicista do homem.

Descartes, no seu *Traité de l'homme*, de 1632-1633, descreve o corpo humano como uma máquina que contém diversas peças (órgãos) que desempenham diversas funções, funções estas que dependem exclusivamente da disposição dos órgãos¹³ (assim dispensando o tradicional recurso a uma alma vegetativa). O corpo humano não possui qualquer especificidade (humana), mas antes se encontra sujeito às mesmas leis mecânica de todo o Universo (de que Deus é engenheiro). Não obstante, existirá – segundo Descartes – uma interacção entre o corpo e a alma, que a própria existência da dor testemunha. A dor é entendida não como uma percepção clara do espírito, mas como uma sensação confusa decorrente da união do corpo e do espírito.

Também esta visão mecanicista do organismo humano foi conhecendo expressões diversas no tempo, não lhe sendo estranho o biologismo, particularmente florescente no século XIX, enquanto apresenta uma actividade biológica autónoma¹⁴.

Na passagem do século XIX para o século XX, Freud oferece-nos um contributo importante para uma teoria da dor, ao introduzir a noção de dor psíquica como reacção à perda do objecto querido, geradora de uma brecha no homem, paralela àquela por que se expandem as energias exteriores na esfera da dor física. A consideração do sistema da dor deixa, definitivamente, de se restringir ao âmbito do fisiológico, abrindo-se ao psíquico e ao afectivo. Num percurso de natureza distinta, mas de sentido próximo, destaca-se o contributo da fenomenologia, corrente filosófica que, a partir da noção de consciência como intencionalidade e abertura ao mundo e aos outros, vem a construir um novo sentido da subjectividade: uma subjectividade encarnada. Merleau-Ponty, um importante fenomenólogo do nosso século, dirá, na *Phénoménologie de la Perception*, de 1945, "eu sou o meu corpo". O corpo não é mais objecto (e, como tal, susceptível de posse) mas é ele próprio sujeito enquanto corpo vivido, "corpo-próprio", unidade radical e originária corpo e consciência; do mesmo modo a consciência não é mais pura interioridade, espírito, mas encontra-se irredutivelmente associada a um corpo, é uma consciência encarnada. O homem é agora uma indissolúvel unidade vivida, que se constitui numa intersubjectividade, numa intermundaneidade¹⁵.

O itinerário percorrido confirma-nos que a concepção multidimensional da dor decorre já da concepção do homem como unidade vivida. Ao mesmo tempo podemos acrescentar que esta nova concepção da dor contribui, por sua vez, para o reconhecimento do paciente como pessoa (na esteira do alerta lançado por Paul Ramsey, *Patient as Person*, de 1970), isto é, para o reconhecimento que a pessoa se constitui por uma multiplicidade de aspectos, imbrincados harmoniosos e indissolúvelmente entre si, não sendo jamais redutível a uma parte, neste caso redutível a um corpo. O paciente é sempre, irredutivelmente, uma pessoa, na integralidade das suas múltiplas expressões e na unidade indivisível (unicidade) por que se constitui (identidade).

Por isso mesmo, o sujeito da dor não é mais, definitivamente, um corpo. É a pessoa que sofre e a sua dor é uma realidade vivida. Não é apenas a dimensão física ou psíquica do homem que a dor atinge, como se elas fossem separáveis entre si e abstraíveis da pessoa. É a pessoa, na sua unicidade integral, que experiencia a dor e a dor da pessoa envolve todo o seu ser, todas as suas dimensões. Já recentemente, Cicely Saunders, médico inglês que iniciou o movimento dos hospícios, apresentou a noção de "dor total", para designar a multiplicidade de factores que intervêm na experiência da dor e para cujo alívio se requer uma equipa pluridisciplinar. Eu diria que a dor da pessoa é sempre uma dor total, na medida em que a pessoa que a experiencia, a pessoa com dor, é também sempre total na sua unicidade integral.

2. A DIMENSÃO ÉTICA DA DOR

Percorremos já, rapidamente, o sentido da dor como sensação, percepção e experiência e queremos agora apresentá-la num quarto sentido, no âmbito da dor vivida, a saber, como significação. O sentido que a dor tem para a pessoa é também um dos aspectos fundamentais por que a dor ganha uma dimensão ética. Um segundo, igualmente importante, é o da imposição de limites à realização da pessoa. Consideremos estes dois aspectos sucessivamente.

2.1. A experiência da dor: sentidos.

A compreensão da dor como significação permite a transmutação do seu valor por acção do homem. O valor, ou o sentido que a dor tem para o homem, não é determinado apenas exteriormente, por um fenómeno estranho à vontade da pessoa, pela dor no seu

carácter objectivo. A dor, enquanto fenómeno bruto, não contém em si a sua significação; é a pessoa que, atingida pela dor, lhe atribui um significado e assim lhe imprime um cunho humano. A atitude de cada um face à dor dependerá também, fortemente, da significação que lhe for conferida.

Aliás, mesmo previamente a uma inquirição sobre o sentido da dor, já a incompreensão acerca da sua natureza, as dificuldades na interpretação da dor como sinal de alarme¹⁵, condicionam a postura da pessoa que tende então, frequentemente, a sobrevalorizar a dor. A dor cuja causa se desconhece, cuja duração é imprevisível, cujo alívio não é certo, suscita angústia e ansiedade acrescidas, desperta medo e desespero mais intensos.

É porém a questão do sentido que aqui nos ocupa, uma vez que as interrogações sobre o diagnóstico e prognóstico da dor podem ter uma resposta objectiva por parte do médico; enquanto que as que incidem sobre a sua significação – componente indelével da dor humana – só podem ser respondidas pelo paciente, subjectivamente. Neste contexto importa sublinhar a importância de uma hermenêutica da dor, isto é, da interpretação da realidade da dor, do seu sentido, construída através da mediação da história pessoal, da vida colectiva, dos valores vigentes, etc. Não me propus, porém, no presente trabalho, enveredar exclusivamente por este longo e complexo caminho, mas antes integrar a temática da dor no vasto domínio do humano, pelo que me limitarei aqui a esboçar o que me parecem ser os três grandes eixos de significação da dor, a saber: a dor como castigo (seu valor negativo), a dor como aprendizagem (seu valor positivo), a dor como marca da natureza no humano (seu valor neutro).

Consideremos, primeiramente, este último sentido por ser o mais abrangente. Afirmar que a dor se revela como uma marca da natureza no humano, corresponde à chamada de atenção para o facto do homem, no desenvolvimento contínuo e polifacetado da sua dimensão espiritual, não se poder esquecer (nem se deve abstrair) da sua dimensão psico-física, constitutiva da condição de todo o ser natural. O fervor religioso, a criação artística, a reflexão filosófica, a descoberta científica elevam o homem para além da sua mais imediata realidade material, podendo dar a ilusão de um poder infinito da razão ou a vontade, que o desprenda da sua condição natural. O evento da dor, entretanto, tornará presente a natureza finita e frágil do seu ser. Paralelamente, a dor evidencia a imperfeição do homem que, sujeito ou dependente da sua constituição psico-física, se reconhece incapaz de alcançar uma perfeição maior, que ele, pelo espírito, só entrevê como horizonte. Neste contexto, a dor pode ainda representar um apelo à humildade do homem, pela consciência dos seus limites e pelo sentimento da igualdade de todos os homens na sua condição de seres naturais.

É, pois na expressão da dor como representação, na realidade da dor como significação que radica a sua dimensão ética – condicionando comportamentos, suscitando interpretações, protagonizando sentidos –, eti-

¹⁵O dualismo antropológico subsiste hoje apenas no âmbito do que se designa comumente como o *Mind-Body Problem*, decorrente do desenvolvimento dos conhecimentos científicos no domínio da neurofisiologia.

¹⁶A dor como "sinal de alarme" de uma disfunção orgânica apresenta-se com um carácter eminentemente positivo. Porém sabemos que este sistema nem sempre resulta eficazmente, existindo várias enfermidades que quando causam dor se encontram já num desenvolvido grau de evolução, por vezes não permitindo uma intervenção eficaz para deter a sua progressão fatal.

cidade que se consubstancializa na vivência da dor própria do homem. Eis o que, regra geral, se comunica como sofrimento. O sofrimento é o sentido universal e único da dor humana, é a vivência específica da dor pelo homem (física, psíquica, afectiva, moral, etc.). Pos isso, só o homem é capaz de sofrer¹⁷. Com efeito, se a dor, enquanto efeito fisiológico, é susceptível de atingir todos os seres vivos, só o homem tem a capacidade de converter a dor em sofrimento, ou seja, de a viver e lhe dar sentido¹⁸. Ora, nem toda a dor é vivida como sofrimento. Não obstante a proximidade entre o sentido da dor e do sofrimento, em virtude da dor ser a principal causa de sofrimento, a verdade é que não são coincidentes, podendo existir dor sem sofrimento (dores de parto) e sofrimento sem dor (perda de um ente querido). A vivência da dor como sofrimento corresponde já à sua real significação na vida da pessoa.

O significado dominante da dor na história da humanidade tem sido o de castigo, sentido de forte cunho religioso, e particularmente cristão, que reflecte a tradicional inscrição do sofrimento no problema do mal. O modelo é-nos dado pela expulsão de Adão e Eva do paraíso por causa do seu acto de desobediência. Após a sua queda na vida terrena, a morte e a dor surgem como punição pelo mal cometido, pelo pecado. Este sentido da dor mantém-se vivo. É frequente a pessoa interpretar a dor, a doença, que subitamente a atingiu e a obrigou a mudar o seu comportamento, como um castigo pelas más acções que vinha praticando (recordemos as primeiras reacções face ao conhecimento do VIH). Paralelamente, a dor que castiga poderá também vir a ser entendida como evidência da imperfeição do homem e expiação das suas más acções.

Um outro sentido da dor, também importante ao longo dos tempos e não divorciado do anterior, é o da dor como aprendizagem. Também neste plano de compreensão podemos encontrar a perspectiva de uma interpretação religiosa, sobretudo quando a dor protagoniza um processo de purificação do mal (auto-infligimento da dor) ou quando é entendida como uma provação do bem (o martírio, por exemplo). A dor é ainda vista no seu valor pedagógico, como instrumento para modelar o carácter de um outro (em alguns sistemas educativos de crianças ou de educação cívica) ou, simplesmente, de impôr ao outro novas convicções (podendo, neste caso, ir até à forma extrema da tortura).

Mas se estes são os sentidos mais marcantes da representação da dor ao longo dos tempos, eles não esgotam a pluralidade de significações que a dor pode assumir, nem tão pouco particularizam o impacto que

ela pode ter na vida de uma pessoa. Nesta perspectiva, importa acrescentar que atribuir significação à dor é um meio de converter o facto da dor, que exterior e estranho age sobre si e contra si, num acontecimento interior e próprio, portador de um sentido para a sua vida. A pessoa com dor ao interiorizar a sua dor, ao torná-la imanente a si, não a sofre mais na absoluta (e absurda) tirania da sua exterioridade, mas passa a vivê-la como nova realidade própria da sua existência. Chamando-a a si, fazendo-a sua, confina-se a dor à realidade pessoal, existencial em que ela é autêntica e ganha uma significação única. Neste sentido, o processo de apropriação da dor pela pessoa que sofre, constitui uma forma poderosa de a controlar. De algum modo, e sem ironia, a dor será então o que a pessoa que sofre permitir que ela seja¹⁹.

2.2. A pessoa com dor: limites

Um segundo aspecto fundamental da reflexão sobre a dimensão ética da dor é, tal como anunciado, o dos limites que a presença da dor impõe à realização da pessoa. Mantemo-nos ainda, e necessariamente, no plano da relação pessoa e dor. Porém, enveredamos por um sentido inverso: anteriormente destacámos o poder do homem sobre a dor, através do sentido que o homem atribui à dor; agora incidiremos no poder da dor sobre a dor, através do sentido que o homem atribui à dor; agora incidiremos no poder da dor sobre o homem, através do efeito da dor sobre a autenticidade da pessoa.

Num esforço de sistematização de um vasto domínio, diríamos que a dor se abate sobre a pessoa com um duplo poder: um poder desagregador da unidade essencial que a pessoa é e um poder paralisador do dinamismo real por que a pessoa vai sendo.

Apresentamos já a unicidade integral da pessoa como seu carácter essencial e identificador da pessoa enquanto tal. Falar de "pessoa" preferencialmente ao "ser humano" é tornar já explícita a consideração do homem não apenas do ponto de vista biológico, mas ético, ou seja, não apenas na sua dimensão psico-física, mas também espiritual. Ou, poderíamos ainda acrescentar, é perspectivá-lo não apenas como organismo vivo sujeito a evolução, mas como ser multifacetado capaz de se reinventar, de se recriar, a cada momento pela sua acção consciente e livre - tocando aqui já na segunda característica da pessoa que introduzimos, a do seu dinamismo.

Porém, a dor, a dor intensa e persistente, tem um efeito magnificante (amplificador) sobre a região do organismo que atinge, isto é, aumenta-a desmesurada e desproporcionadamente em relação às demais regiões constituintes do ser que, por consequência, obscurece. A dor é egoísta e subalterniza todas as restantes dimensões do ser. A atenção da pessoa centra-se sobre a dor, esquecendo-se de si na totalidade do seu ser, para se reduzir à sua parte dorida. É-se, então, apenas, uma perna, um estômago, um dente, etc. Exigente, a dor atrai a si todas as energias; absorvente, ela anestesias os domínios que não cobre. Neste senti-

¹⁷O sofrimento também exige consciência.

¹⁸Numa perspectiva bastante ampla podemos tomar as noções de "dor" e de "sofrimento" como de sentido muito próximo e, em certas circunstâncias, mesmo coincidente. Numa perspectiva mais restrita e de sentido mais preciso poderíamos distinguir as noções de "dor" e de "sofrimento": sendo a primeira de natureza física, somática, supostamente mensurável, e a segunda de natureza psíquica ou psico-somática, consistindo numa experiência interior da pessoa.

¹⁹Na verdade, esta posição não possui qualquer ineditismo se integrada no âmbito das diversas tendências humanistas - estoicismo, epicurismo, existencialismo - ou das diversas religiões - hinduístas, budistas, e também islamistas e cristãos - que divulgam a capacidade de superação do sofrimento através da intensificação da paz interior.

do, a pessoa com dor objectiviza-se na sua dimensão física ou psíquica, anula-se na pluralidade de expressões por que se identificava e sofre a desagregação da unicidade integral que a fazia ser.

Além disso, a pessoa, centrando-se sobre a sua parte afectada pela dor, debruçando-se sobre si, tende a fechar-se aos outros e ao mundo. Ora, sendo a pessoa um ser de relação que se constitui na sua identidade pessoal na sua interacção com os outros e com o mundo, a supressão ou mero enfraquecimento destas relações resulta no seu definimento. A dor reprime a pessoa, diminui-a na plenitude do seu ser.

O segundo poder maior que reconhecemos à dor foi o de paralisar ou de obstruir a progressão por que a pessoa se constitui. É que a pessoa, no entendimento que temos desta realidade, na pluralidade harmoniosa das suas expressões, não corresponde a um estágio que se alcança mas a um processo que se desenrola. A pessoa é, realiza-se, através do seu percurso de personalização. Este percurso consiste no dinamismo contínuo e interminável de desenvolvimento das capacidades do homem no sentido de se realizar sempre e cada vez mais intensamente. Ele não tem, por isso, uma só via, uma só direcção, nem é o mesmo para todos. É cada um de nós que, de posse de tudo o que é e na consciência de tudo o que pode ser, escolhe um caminho, um caminho de crescimento no ser. O processo de personalização é um acto contínuo de ser. A dor, intensa e persistente, obstrói esse caminho como todos os caminhos; ela tem um efeito entorpecedor da progressão, um efeito paralisante do crescimento. A pessoa com dor não está mais disponível para continuar a ser e se esforçar pelo que ainda não é, pelo que ainda não realizou. Ela é agora a sua própria dor. Ela sentir-se-á consoante a dor, ela estará onde a dor mandar, ela contará os dias e as horas pelas visitas do médico e pela administração dos medicamentos, assinalará os acontecimentos da sua vida pela execução das terapias mais complexas ou sofisticadas. A iniciativa não é mais sua, como o designio também o não é. A pessoa pára e só a dor parece progredir.

A pessoa com dor refugia-se na passividade imobilizadora da dor, perdendo o seu carácter dinâmico. Ela não age, sofre. E, na sua manifesta impotência para agir, ela perde também o sentido da responsabilidade ou a capacidade de imputação moral. O sentimento de auto-estima dissipa-se e, em seu lugar, adensa-se o sentimento de infelicidade.

Em suma, pelo efeito desagregador e paralisante da dor, o horizonte de realização da pessoa estreita-se nos limites impostos pela dor, respectivamente na expressão plural e dinamismo contínuo do seu ser.

3. O PROFISSIONAL DE SAÚDE E O PACIENTE COM DOR: PERSPECTIVA BIOÉTICA

O efeito da dor sobre a pessoa pode ser, pois, não só altamente penalizador da constituição psico-física do homem, mas também devastador da constituição da pessoa enquanto tal, pelo que a necessidade de intervir directamente sobre a dor (pelo desenvolvimento de uma medicina da dor, pela criação de centros de dor, etc.) se coloca hoje com uma urgência gritante.

A partir do exposto, creio ser-nos também possível traçar, muito sucintamente, algumas directrizes de natureza ética a respeitar no acto terapêutico²⁰ – domínio que a bioética explora por excelência.

3.1. Poder e fragilidade, dever e solicitude

A relação profissional de saúde/paciente é uma relação desigual, que põe face a face o poder e a fragilidade: o poder de quem sabe e a fragilidade de quem pede. Por isso, o risco de esquecimento da dignidade incondicional do humano, na pessoa da paciente, é grande e só, afinal, aquele que pode estar em condições de o evitar.

Por outro lado, aquele que pode é também aquele que, na mesma medida, deve; e o que expõe a sua fragilidade é igualmente aquele que dirige já um apelo de solicitude. Neste plano, em que o profissional de saúde responde, pelo dever, à solicitude do paciente anunciada na sua vulnerabilidade, torna-se possível restaurar o equilíbrio necessário para o estabelecimento de relações interpessoais.

Do imperativo ético de preservar a pessoa do paciente e de manter a prestação dos cuidados de saúde no plano das relações interpessoais, decorrem algumas exigências de realização do acto terapêutico, que podíamos sintetizar, no seu fundamental, como o dever e o direito a um tratamento adequado, proporcionado, à situação clínica da pessoa. Isto é, recurso aos conhecimentos técnico-científicos disponíveis para curar a causa da dor sempre que tal seja possível e o desequilíbrio entre benefícios e custos seja a favor do primeiro. Mas também, capacidade de reconhecer as limitações do poder da medicina e de aceitar a finitude da vida humana, suspendendo toda a prática invasiva, agressiva, quando o desequilíbrio entre benefícios e custos for a favor do segundo. Neste caso incluem-se também as situações em que a ausência de tratamento conduz a uma morte próxima do paciente. Importa, todavia, sublinhar que a suspensão do tratamento não equivale à suspensão de cuidados de saúde que, então, diversificados e pluridisciplinares, se orientarão exclusivamente, para o alívio da dor, para o bem-estar geral do paciente, no empenhamento total de preservar a pessoa até ao termo da sua vida biológica.

No respeito pela pessoa do paciente exige-se também a atenção à expressão da sua vontade, consciente e livre. O paciente deve ser hoje perspectivado como um parceiro do acto terapêutico, e não mais meramente o seu sujeito²¹, objecto ou receptáculo dos meios terapêuticos, pelo que não pode manter-se distanciado do que, indiscutivelmente, lhe diz respeito, afectando o seu bem-estar, ameaçando a sua sobre-

²⁰Não explicitando o truismo de que a compreensão do sofrimento terá de estar sempre subjacente à própria relação terapêutica.

²¹Tomamos aqui o termo "sujeito" no sentido etimológico de "sujeição", "subordinação".

vivência, desintegrando-o como pessoa. O conhecimento da verdade (mais do que o "direito à verdade") relativamente à sua situação clínica impõe-se então inalienavelmente: conhecimento transmitido paulatinamente, numa linguagem acessível ao destinatário e proporcionado à capacidade que o paciente vai revelando de assimilar esta sua nova realidade²². Só depois de esclarecido, o paciente poderá pronunciar-se sobre o que lhe parece ser melhor para si, sobre o seu bem (bem da pessoa) que não coincide necessariamente com o bem que o profissional de saúde conhece melhor (bem clínico). O dizer a verdade e a obtenção de um consentimento esclarecido são procedimentos obrigatórios no cuidar da pessoa. A situação de fragilidade em que a pessoa com dor se encontra não pode vir a corresponder uma condição de diminuição, um estatuto de inferioridade, em que a pessoa seja despida do exercício da sua razão e do seu livre querer.

Em suma, considerando, por um lado, o reconhecimento do paciente como pessoa, e por outro, o progresso admirável da medicina associado à consciência dos seus limites, impõe-se a evolução do ancestral modelo da beneficência, nas relações profissional de saúde/paciente, para um outro que não só privilegie o interesse médico, mas contemple também o interesse da pessoa, na autonomia por esta reivindicada. Seria de desenvolver –parece-nos– um novo modelo de relações interpessoais, no âmbito da prestação de cuidados de saúde, que articulasse os aspectos mais positivos de cada um: a virtude dos profissionais de saúde de promoverem sempre o bem do paciente (princípio da beneficência) e o respeito, em exercício, pela capacidade de razão e pela faculdade da vontade de toda a pessoa (princípio de autonomia). É neste sentido que Pellegrino e Thomasma propõem o seu modelo de uma "beneficência em confiança"²³; mantendo ou recuperando o valor da beneficência na ética médica, integra-se simultaneamente o paciente nas grandes decisões do processo terapêutico, evitando assim cair numa atitude paternalista degeneradora da dignidade humana.

3.2. A vida para além da esperança de viver (Eutanásia e cuidados paliativos)

A recusa de tratamento, por parte do paciente, é uma possibilidade estabelecida no âmbito da sua autonomia, e exercida, frequentemente, quando a curta esperança de vida não justifica aos olhos do próprio a dor e o sofrimento que o prolongamento (sempre breve)

da sua vida impõe ou exige. Trata-se, então, de optar por não prolongar um sofrimento sem esperança, e não de optar por morrer. Por isso não se pode confundir, nem conceptualmente nem na prática, a recusa de tratamento com o pedido da eutanásia. No primeiro caso a atitude é a de permitir que a natureza siga o seu curso, sem ser atrasada, mas também sem ser apressada; no segundo, há uma acção deliberada para apressar, para causar a morte. O que de comum efectivamente existe é o desejo de alívio da dor.

Na verdade, o real debate em torno da eutanásia, na autenticidade das posições em confronto, consiste não tanto no direito a morrer, e mais no desejo de não sofrer –afirmação com que concordarão as duas facções relativas à questão. A pessoa que pede a eutanásia, encontrando-se numa situação terminal ou não, é a pessoa com dor, e cuja dor não foi satisfatoriamente aliviada. Com efeito, tem-se verificado, em diversas instituições de prestação de cuidados de saúde, que, sempre que se investe no controlo da dor, o número de pedidos de eutanásia decresce muito acentuadamente. Este facto conduz facilmente a supor que um maior e mais eficaz investimento ao nível da terapia da dor e da medicina de acompanhamento conduziria à desvalorização da problemática da eutanásia. Por outro lado, o estabelecimento da prática da eutanásia como alternativa disponível na relação profissional de saúde/paciente, distrai o médico do que é verdadeiramente essencial para o paciente: a dor.

Neste sentido diríamos que, preferencialmente ao debate sobre a eutanásia, como resposta à dor que o médico não consegue apaziguar²⁴, há que debater os meios necessários para controlar a dor e aliviar o sofrimento. Referimo-nos a uma mais intensa investigação técnico-científica no domínio da dor (controlo da dor sem supressão da consciência), a um maior empenhamento na assistência pluridisciplinar (constituição de equipas pluriprofissionais de acompanhamento dos pacientes), e a uma maior determinação na implementação de sistemas de cuidados paliativos (acção dirigida para o controlo da dor e o conforto do paciente). Um investimento real nos cuidados paliativos ou, em termos gerais, numa terapia da dor, constituirá a melhor aposta dos serviços de saúde na promoção da pessoa, porque só o controlo da dor permite que a vida continue para além da esperança de viver.

BIBLIOGRAFIA

- Baszanger I. *Douleur et Médecine, la fin d'un oubli*. Paris: Seuil 1995: 480 pp.
- Besson J.-M. *La Douleur*. Paris: Éditions Odile Jacob 1992: 268 pp.
- Le Breton D. *Anthropologie de la douleur*. Paris: Éditions Métailié 1995: 239 pp.
- Cassel E. Pain and Suffering, in
- Lévinas E. Une éthique de la souffrance. In: *Souffrances. Corps et âme, épreuves partagées*. Coord. J.-M. von Kamel. Paris: Éditions Autrement, Série Mutations, n.º 142, 1994: 127-37.
- Magalhães VP. A Pessoa Humana. In: *Bioética*. Coord. de L. Archer, J. Biscaia, W. Osswald. Lisboa: Verbo 1996: 59-64.
- Pellegrino E, Thomasma D. *For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*. New York / Oxford: Oxford University Press 1988: 240 pp.
- Ricoeur P. La souffrance n'est pas la douleur. In: *Souffrances. Corps et âme, épreuves partagées*. Coord. J.-M. von Kamel. Paris: Éditions Autrement, Série Mutations, n.º 142, 1994: 58-60.

²²Não particularizamos aqui as situações em que o risco para outrem ou para a saúde pública impõe ao paciente o conhecimento da sua verdade clínica –por exemplo, as pessoas infectadas com o vírus da imunodeficiência humana adquirida.

²³"Beneficência em confiança" (beneficência fiduciária) exprime a relação fiduciária entre médicos e pacientes, traduzindo a unidade de ambos no objectivo comum de agir no melhor interesse de cada um (*For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*, 1988, pp. 51-58).

²⁴A eutanásia não constitui, de facto, qualquer tipo de resposta, mas antes corresponde à declaração de ausência de resposta ou de impotência de resposta.

- Sebastião L. A pedagogia da dor e do sofrimento. In: *Cadernos de Bio-Ética*. 1995; 9: 29-34.
- Serrão D. A eutanásia e o direito de não sofrer. In: *Cadernos de Bio-Ética* 1995; 9: 29-34.
- Serrão D. Profissionais de saúde e Paciente. In: *Comissões de Ética: das bases teóricas à actividade quotidiana*. Coord. de M. Patrão-Neves. Ponta Delgada: Centro de Estudos de Bioética/Pólo Açores 1996: 57-69.
- Encyclopedia of Bioethics*, vol. 1-5. Editor W. Reich. New York: Macmillan 1995.

Nota Biográfica

- Professora Associada de Filosofia, na Universidade dos Açores.
- Regente das disciplinas de "Antropologia Filosófica" e "Axiologia e Ética".

- Fez um pós-doutoramento em Bioética na Georgetown University, Washington, D.C. (1992/1993).
- Directora do Centro de Estudos Filosóficos, da Universidade dos Açores; Coordenadora do Centro de Estudos de Bioética/Pólo Açores.
- Presta colaboração na leccionação das questões éticas decorrentes da prestação de cuidados de saúde na Escola Superior de Ponta Delgada e formação às Comissões de Ética para a Saúde.
- Autora de numerosas publicações na área da Filosofia e da Bioética, destacando-se *Comissões de Ética: das bases teóricas à actividade quotidiana*.