
Dor e Sofrimento

J. Luís Portela*

Resumo

O autor interroga-se sobre o papel da intervenção médica na gestão da dor e do sofrimento. E, sem pôr em causa o valor desta intervenção, considera que é afinal a pessoa doente que está em jogo, e só a ela compete decidir o seu destino.

Confesso que a perspectiva da minha participação nesta Mesa-Redonda¹ me causou alguma preocupação e, até, uma certa ansiedade.

Por norma, convidam-me para tratar de problemas específicos, normalmente ligados à minha área de actividade, e aí as coisas tornam-se relativamente simples ou, pelo menos, mais fáceis de abordar.

Por outro lado, o contacto com colegas das áreas de Psiquiatria e Psicologia, confesso que me causa alguma inibição, a que não é alheio, provavelmente, o medo ancestral de mostrar a alma.

Por isso, e contrariando a sugges-

tão da Dr^a Lúcia Monteiro que me pediu uma intervenção não escrita e algo informal, irei ler algumas considerações e interrogações que sobre o tema me ocorreram, pedindo antecipadamente desculpa pelo tom desordenado em que elas provavelmente vão surgir.

Já lá vão mais de vinte anos que me tenho interessado pela problemática da dor, em termos clínicos.

Felizmente para mim e infelizmente para os doentes que, por norma, tratamos na nossa Unidade – habitualmente, doentes do foro oncológico em fase de doença mais ou menos avançada – a nossa capacidade de intervenção tem obtido respostas bastante satisfatórias para os doentes, sendo, até certo ponto, gratificante para nós, na medida em que podemos sentir algum grau de realização profissional.

No entanto, pergunto a mim próprio, mas a que preço?

Na época em que vivemos, em que, como afirma Ivan Illich, o progresso da civilização se torna sinónimo da redução do volume total do sofrimento, caberá ao Ministério da Saúde e às suas Instituições, neste casos *nós*, a gestão administrativa das dores?

Será que temos o direito de aceitar que outros depositem em nós a responsabilidade de gerir uma expe-

¹ I Jornadas da Sociedade Portuguesa de Psicossomática. Caramulo, Fevereiro, 1999.

* Director do Departamento de Anestesiologia e responsável pela Unidade de Dor do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, Lisboa.

riência que será sempre subjectiva, privada e incomparável?

Ao prescrever morfina a um doente, sabendo de antemão que lhe irei suprimir a dor, terei o direito de lhe retirar a sua capacidade de gerir a própria dor?

Socorrendo-me, ainda, de Ivan Illich, será que, medicalizar a dor e o sofrimento, condicionando o doente a uma vivência imposta, não lhe retirará toda a sua capacidade de se encontrar a si próprio?

Num Congresso realizado em 1992 pela OMS, numa Mesa-Redonda com a participação de uma doente, esta proferiu uma frase que é, hoje, paradigmática: "...dêem-me morfina mas permitam-me que permaneça lúcida e sem efeitos indesejáveis".

E se na realidade conseguimos, muitas vezes, alcançar este *desideratum*, quantas vezes a necessidade de encontrar doses eficazes exigem o recurso a altas doses, com efeitos indesejáveis, ou o recurso a técnicas invasivas, incómodas e agressivas, colocando o doente dependente de terceiros.

É também norma, na nossa Unidade da Dor, prescrever, quase por sistema nestes doentes, antidepressivos, com o pressuposto que estes potenciam a acção dos analgésicos e, simultaneamente, combatem a depressão que se apresenta, muitas vezes, de uma forma necessária. Que é isto de uma forma mascarada?

Não sou psiquiatra nem psicólogo e estou, provavelmente, a dizer enormidades, mas quantas vezes me pergunto se tenho o direito de condi-

cionar psicologicamente uma pessoa, apenas porque entendo que ela está deprimida e que a vou fazer, eventualmente, mais feliz?

Começam a surgir, um pouco por toda a parte, Unidades de Dor minimamente organizadas: multidisciplinares, polivalentes, com apoio psicoterapêutico e outros, arrogando-se no direito de diminuir o sofrimento dos doentes. Será que o conseguem?

Nos Estados Unidos, onde os números ainda têm algum significado, calcula-se que, para uma população de 70 milhões de doentes crónicos, apenas 3 a 4% são tratados em Clínicas de Dor especializadas.

Estas Clínicas, por norma, aceitam três tipos de doentes: aqueles em que se encontram esgotados todos os recursos terapêuticos; aqueles em que o diagnóstico não é possível; e aqueles em que o tratamento se mostra inadequado.

E os restantes? Será que são correctamente tratados pelas várias especialidades ou será que lhes é negado o direito ao alívio da dor só porque não se enquadram naquelas situações? Nada mais incongruente.

Na realidade, o que as Clínicas fazem e o que nós fazemos é, de um modo geral, sobremedicalizar os doentes, retirando-lhes ou aliviando-lhes a dor, mas também, e quantas vezes, a sua capacidade de viver a sua própria vida. Não é por acaso que se considera que o aumento de consumo de morfina constitui um índice de actuação eficaz.

E se nos doentes oncológicos este problema está, até certo ponto, ultra-

passado na medida em que estamos perante situações muito desgatadas, com uma esperança de vida habitualmente curta, em que o sono e a morte são proventura bálsamos desejados, o mesmo já não acontece nas doenças crónicas não malignas, em que a prescrição excessiva normalmente ou a nada conduz ou torna a vida insuportável.

É nestes casos que, provavelmente todos os arquétipos de Unidades de Dor, por muito especializadas ou sofisticadas que sejam, de um modo geral falham. E falham porque a realidade do doente se sobrepõe à capacidade de intervenção das terapêuticas, normalmente limitadas por motivos de ordem médica e ética.

A indústria farmacêutica, preocupada ao que dizem com o bem-estar das pessoas, bem tenta encontrar drogas salvadoras, cada dia mais uma. Os menos convencionais insistem na utilização de substância controversas, como a marijuana e outras drogas leves, defendendo que se deve separar o debate científico do público ou político, visto que o que está em causa é o sofrimento do doente.

As tecnologias esmeram-se em autênticas acrobacias. E no final estes doentes, ou são capazes de aceitar e gerir as suas dores, *mesmo que para isso tenham de recorrer ao médico*, ou então, aí sim, entram finalmente em depressão.

Ao reler tudo o que acabo de escrever, não pode deixar de me parecer paradoxal, ou até anedótico, a que não são alheias provavelmente algumas situações frustrantes ou casos de

fronteira, em que à evidência clínica se sobrepõe a realidade do doente. Afinal, qual a minha postura sobre a dor e o sofrimento que esta Mesa-Redonda pretende discutir?

Numa perspectiva puramente médica, acho que me cabe, fundamentalmente, ajudar o doente: acreditar nele, avaliá-lo convenientemente nas suas várias vertentes, intervir racionalmente em termos terapêuticos, mas, sobretudo, procurar entendê-lo como pessoa.

E ajudá-lo passa por não lhe criar falsas expectativas, por informá-lo com lealdade e, sobretudo, estar presente como próximo e não como um ser distante e inatingível.

Muitos dos êxitos da nossa Unidade de Dor assentam, provavelmente, no simples gesto de nos mostrarmos disponíveis, capazes de pôr as mãos, não com a preocupação de cura mas de alívio, tal como as nossas mães nos faziam quando em pequenos, nos aflagavam.

Abstract

The author questions the importance of the medical therapeutic approach in dealing with pain and suffering. Although the medical intervention has significant value, the main role is played by the patient as it is up to him to decide his own destiny.

BIBIOGRAFIA

- Illich I. *Limites para a Medicina*. Livros Sá da Costa, 1975.