

**UNIVERSIDADE BEIRA INTERIOR**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**  
**Curso de Medicina**


**Módulo Arte da Medicina (1º Ano)**


UP3 A MEDICINA PERANTE A DOENÇA, O SOFRIMENTO E A MORTE  
Tema *Dor e Sofrimento*

**António Campelo Amaral**

 **TEXTOS BASE**

**[ficheiros disponíveis plataforma on-line]**

 **CANTISTA Pedro, «A dor e a clínica», in AA.VV. (2001), *Dor e Sofrimento. Uma perspectiva interdisciplinar*, Porto: Campo das Letras, 2001, pp. 285 -294**

 **RUBINSTEIN Henri (1994), *La medicina del dolor*, Madrid: Ediciones del Prado, 1994**


## OBJECTIVOS

- Explicar a ambiguidade da dor enquanto vivência experienciada e enquanto fenómeno clinicamente experimentado
- Evidenciar o carácter aporético do fenómeno doloroso, no intuito científico de o objectivar, quantificar e mensurar, bem como a ambiguidade do fenómeno doloroso quer na sua vertente sintomática (dor aguda), quer na sua vertente patológica (dor crónica)
- Explicitar o impacto axiológico das atitudes valorativas face à dor e ao sofrimento
- Avaliar criticamente o alcance e as insuficiências da definição de dor proposta pela IASP [International Association for the Study of Pain]
- Enumerar e caracterizar sumariamente os componentes e as etapas que, do ponto de vista neuro-fisio-anatómico, determinam a algogénese (origem e manifestação da dor), bem como a panóplia de recursos terapêuticos disponíveis para fazer face às algopatias crónicas e extremas
- Argumentar sobre o direito do paciente a uma terapêutica supressiva ou paliativa da dor em situações-limite de enfermidade incapacitante e/ou irreversível


## INTRODUÇÃO

### Esclarecimento conceptual

- termo grego *pathos* = vulnerabilidade
  - \* SOFRIMENTO
  - \* adveniência
  - \* afecção>> experiência fundamental de exposição [clima, influências, acidentes, consequências >> doenças >> dor...]
- termo grego *algos* = incómodo
  - \* DOR
  - \* mágoa
  - \* desconforto>> experiência circunstancial de malestar

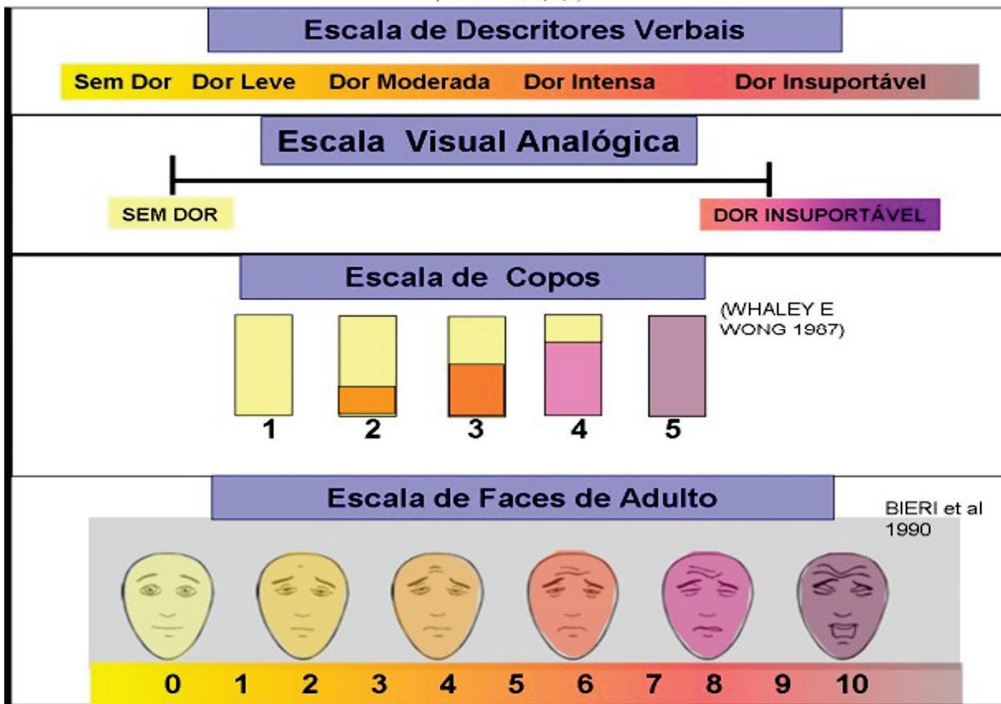
 O sofrimento e a dor são dimensões constitutivas da vida > interpelam o sentido da existência >> experiência radical de intimidade e solidão

- a reflexão sobre a dor possui um carácter aporético [= difícil] >>
  1. por um lado, é enigmática, na sua consciencialização individual, naquilo que “eu digo sobre ela” >
  2. por outro lado, não é necessariamente indecifrável na sua manifestação significativa, naquilo que “ela diz sobre mim”
- antes de ser um fenómeno explicável/objectivável, a dor já se apresenta como um texto aberto a uma compreensão significativa e multifacetada cuja tematização envolve interdisciplinarmente os saberes neurobiológico, psicológico, sociológico, ético e religioso

 O evento doloroso é difícil de explicitar pela sua coloração subjectiva, mas não é um fenómeno totalmente inacessível à reflexão filosófica e ao conhecimento científico >> as ciências biomédicas devem enfrentar o desafio de

- operacionalizar instrumentos fiáveis de aferição algométrica [= mensuração da dor]
- explicar a génese e o processamento do fenómeno doloroso na sua descrição neurofisiológica e na sua transcrição psicossomática > em vista da constituição de uma algologia científica [= ciência da saúde que estuda a dor]
- implementar soluções terapêuticas não só analgésicas [= dissipação da dor sintomática = sinal-de-alarme] mas também antálgicas [= diluição ou atenuamento da dor sindromática = algopatia] > em vista da dignidade e qualidade de vida do paciente/padecente em situação-limite de sofrimento

**ESCALAS NUMÉRICAS E VISUAIS ANALÓGICAS DA DOR**  
(referências 4, 5, 6)



ESCALA ASSOCIADA (EAV/ECA/EDF)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor	Dor Leve			Dor Moderada			Dor forte ou incapacitante		Dor Insuperável	
	Não atrapalha nas atividades			Atrapalha, mas não impede as atividades			Impede as atividades		Impede atividade descontrola	

**Escala Associada** de 10cm, graduada, horizontal, em que o zero corresponde à ausência de dor e o dez, à dor máxima, insuperável e abaixo, a suposta área categórica e a desabilitação funcional. Zero é ausência de dor; de 1 a 3 é dor leve que não atrapalha as atividades; de 4 a 6 é dor moderada que atrapalha as atividades, mas não as impede; de 7 a 9 é dor forte incapacitante que impede que se realize qualquer atividade e 10 é dor muito forte e insuperável ou excruciante que além de impedir atividades, causa descontrolo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**a) Escala Analógica Visual Numérica de 0 a 10**

(0) = Ausência de Dor; (1 a 3) = Dor de fraca intensidade; (4 a 6) = Dor de intensidade moderada; (7 a 9) = Dor de forte intensidade; (10) = Dor de intensidade insuperável

**b) Escala Categórica de Avaliação (ECA) da Intensidade da Dor e, 10 pontos de 0 a 10**

Atividades: Não atrapalha; Atrapalha mas não impede; Atrapalha e impede; Impede e causa descontrolo

**c) Escala Desabilitante Funcional (EDF)**

DESCRIÇÃO VERBAL DA DOR E SUA DIVERSIDADE <small>(referência 7, 8 9)</small>			
1-Tremulante Vibrante Pulsante Flagelante Fustigante Martelante	6- Estica Puxa Contorce	11- Cansativa Extenuante Esgota	16- Aborrecida Transtornante Penosa Intensa Insuportável
2-Pula de cá para lá Fulminante Como uma mola que dispara	7- Quente Queimante Ardente Incandescente	12- Nauseabunda Sufocante	17-Propaga-se Difunde-se em halos Penetrante
3-Fere com um estilete Espeta como uma agulha Machuca como um prego É como um punhalada É lancinante	8- Provoca formigamento Pica e irrita Viva Aguda	13- Alarmante Espantosa Aterrorizante	18-É como uma faixa Entorpecedora Torce Comprime Arranca
4-Cortante como uma lâmina de barbear Cortante como uma faca lacerante	9-Surda Entorpece Faz mal Causa Sofrimento Intolerável	14- Aflitiva Prostadora Cruel Feroz Mortal	19- Fresca Fria Congelante
5-É como um beliscão Aperta É como uma câmbra Rói Esmaga	10-Sensível ao toque Tensa Rasga Rompe	15- Grave Cegante	10-Fastidiosa Desgostosa Atormentante Terrível Torturante

## DESENVOLVIMENTO

### A DOR VIVENCIALMENTE EXPERIENCIADA

 A situação dolorosa imprime uma marca **subjectiva e vivencial**, muito **difícil de definir/descrever**, mas apta a receber algumas **aclarações filosóficas**:

- toda a dor é inefável > podemos “falar sobre” ela, mas não podemos “dizer o que” ela é >> é sentida como dimensão impartilhável e, para dá-la a conhecer, temos que nos referir a ela de forma indirecta e oblíqua (por analogias, imagens, escalas, cores, alusões, aproximações, evocação no outro, etc.)
- a dor instala uma oposição entre o indivíduo enquanto consciente “de si” e a “sua” experiência dolorosa >> o indivíduo afectado pela dor experimenta uma alienação paradoxal: por um lado a dor é o que há de mais radicalmente pessoal, mas por outro ela traz consigo uma dimensão de absoluta estranheza

- a experiência negativa da dor é agravada por comparação directa com o prazer > enquanto o prazer centra o indivíduo na fruição de um bem-estar, a dor, por seu turno, pode ser indutora de alienação, desordem e entropia existencial pelo seu carácter “excêntrico” e eruptivo
- por vezes fala-se de um «sofrer em silêncio», como exemplo de um suposto estado heróico de resignação e conformismo a uma ocorrência dolorosa massiva e avassaladora > todavia, a vivência desse evento implica uma semântica dos estados corpóreos afectados/afectivos prévia a qualquer discurso sobre isso >> a explicitação sonora e gestual da dor através do queixume / grito / lamento sinalizam perante-o-outro a presença do sujeito ameaçado na sua vulnerabilidade ou lesado na sua integridade

👉 A percepção da dor encontra-se frequentemente enquadrada na **perspectiva axiológica** [grego *axios* = denso / estimável / dotado de valor] que cada experiência individual lhe confere

- Não se trata tanto de considerar a dor como um valor [= masoquismo], mas de dotá-la de significado, mesmo que para o padecente ela seja encarada como uma intrusão sem sentido
- A dor pode não fazer sentido na “minha narrativa” existencial, mas deve ter algum significado na “sua manifestação” presencial [*antes de perceber o que é que “ela faz comigo” ou “de mim”, importa compreender porque é que “ela está aí” como algo que “me afecta”, que “eu sinto”, quem e além dos sentimentos que exprimo “perante ou sobre ela”*]

## 👁️ A DOR CLINICAMENTE EXPERIMENTADA


👉 Do ponto de vista científico e clínico a dor é um fenómeno difícil de objectivar e de formalizar, mas isso não significa que o fenómeno doloroso não possa ser coerentemente enunciado >> a **IASP** [International Association for the Study of Pain] apresenta um **esboço de definição** referindo-se à dor como «**desagradável resposta sensorial e emocional a um estímulo associado, real ou potencialmente, a uma lesão tecidual, ou descrita em termos de tal lesão**»

👉 A enunciação da dor [proposta pela IASP] **não está errada** mas, pelo seu recorte “fisiologista”, afigura-se **incompleta**

- existem dores que não implicam necessariamente lesão localizada (por exemplo “dores psicogénicas”...) // a inversa também é verdadeira > há lesões que podem não produzir dor (por ex. certas neoplasias...)


- o estado doloroso é multivalente na forma como é vivenciado > nele convergem variáveis: 1. psicológicas (temperamento) 2. ambientais (clima) 3. comportamentais (hábitos alimentares, desportivos e de sono) 4. culturais (formação, tradições, convicções religiosas, ideológicas, etc.) 5. sócio-familiares (contexto relacional)

- a vivência dolorosa é multifactorial na forma como é percebida (sensação) e sentida (sentimento) > nela intervêm simultaneamente
  - \* aspectos físicos (por ex. ao nível da resposta neuro-fisiológica aos estímulos nóxicos = indutores de dor)
  - \* aspectos cognitivos (por ex. ao nível da consciência dos eventos dolorosos)
  - \* aspectos emocionais onde se entrelaçam 1. a interpretação individual da dor presente 2. a memória persistente de experiências dolorosas passadas 3. a expectativa de libertação de um estado doloroso num futuro próximo

 **Interpretar** eficazmente o quadro clínico em que ocorre o **evento doloroso** constitui **um dos desafios mais complexos** da medicina contemporânea:

- o comportamento do médico na sua actuação clínica interage decisivamente com a percepção da dimensão e da evolução do estado doloroso por parte do paciente

- o recorte intersubjectivo da relação terapêutica impõe ao clínico uma abordagem personalizada da dor > no acto médico cruzam-se comunicacionalmente dois sistemas de informação: o do paciente e o do clínico >> para se envolver no horizonte relacional de empatia [= sentir com...] o médico deve ter em conta que

 «a utilização inteligente da informação científica pressupõe também um profundo conhecimento do doente (...). É necessária uma extraordinária capacidade de ouvir, observar, entender e seleccionar as “informações” captadas no decurso das tradicionais etapas da metodologia médica: história clínica, exame objectivo, exames subsidiários de diagnóstico. (...) Do modo como se <consolidar> essa comunicação <entre médico e paciente> dependerá o diagnóstico estabelecido, a decisão terapêutica e os consequentes resultados.»

[CANTISTA Pedro, «A dor e a clínica», in AA.VV., *Dor e sofrimento, Uma perspectiva interdisciplinar*, pg. 286]

☞ A **algogénese** [= origem da dor] depende dos centros e vias do sistema nervoso >> toda a dor aguda/crónica/terminal ocorre num **processo neurofisiológico** que articula vários planos e etapas

- sensação/recepção do estímulo nóxico [> activador térmico, químico ou mecânico do processo doloroso] = fase da *transdução* >> captação e descodificação [= *transdução*] do estímulo nóxico por um noxioceptor de modo a poder ser “reconhecido” e “processado” no sistema neuronal como informação dolorosa
- transferência da informação dolorosa para os centros nervosos = fase da *transmissão* >> percurso ascendente da informação dolorosa pelas vias nervosas até aos centros nervosos superiores (*córtex, sistema límbico, hipotálamo...*) e percurso descendente [> sentido inverso após as duas etapas que se seguem...]


- leitura da informação dolorosa = fase da *modulação* >> enquanto o “sinal de dor” percorre as vias da rede neuronal, desencadeia-se uma série de fenómenos excitatórios/inibitórios que modelam a neuro-transmissão do sinal e a respectiva reacção do organismo à leitura dolorosa
- processamento cognitivo [> memória, imaginação, representação] da leitura dolorosa = fase da *percepção* >> a informação dolorosa é “consciencializada” em contexto cerebral num quadro vivenciado de subjectividade [= individualidade/identidade] que compagina factores mnésicos [memória], afectivos [emoção], cognitivos [representação / imaginação] e circunstanciais [meio físico-sócio-ambiental envolvente]
- mecanismos reguladores simpáticos e parassimpáticos >> produzem reacções de defesa ou de adaptação fisiológica do organismo à dor
- substâncias bioquímicas e neuro-hormonais >> intervêm 1. no transporte e modulação do sinal doloroso e 2. no controlo fisiológico da resposta emocional ao impulso doloroso

 A dor possui um **carácter ambivalente** > com efeito

- tanto pode revelar uma face positiva > “sinal de alarme” em presença de uma ameaça crítica [cumprida a sua missão “indiciária” de alerta sintomatológico, deve desaparecer (por ex. com recurso a meios analgésicos) durante/após o ciclo terapêutico estipulado]
- como também pode exibir uma face negativa > cumprida a função de alerta momentâneo perante uma ameaça patológica, o sinal continua a ser emitido de forma crónica [umas vezes de forma linear e persistente, outras vezes de forma intermitente e progressivamente mais intensa] até atingir um limiar de insuportabilidade >> neste caso a dor já não indicia uma doença, mas ela própria torna-se numa doença (= algopatia) cujo tratamento já não depende de expedientes analgésicos (= dissipação da dor aguda durante / após uma doença), mas de estratégias antálgicas (= supressão / palição da dor crónica enquanto doença)

 A medicina enfrenta hoje uma **desafiante assimetria**

- se perante as dores agudas a medicina actua com clarividência e eficácia, na medida em que aquelas sinalizam uma vulnerabilidade traduzida em manifestações de mal-estar bem conhecidas e catalogáveis [> desde a dor constrictiva da angina de peito até à dor frenética da cólica renal, passando pela dor corrosiva da úlcera aftosa, etc. ...]
- já perante as dores crónicas ou terminais [que parecem ganhar “vida própria” à custa da vida do próprio paciente] a medicina não possui resposta tão clara, imediata e cabal, na medida em que se tratam de etiologias dolorosas traduzidas em síndromes algopáticas (difusas, severas ou extremas) de difícil diagnóstico

 O **tratamento** clínico da **síndrome algopática** [= dor enquanto doença] exige um conjunto de boas práticas clínicas

- O recurso à terapêutica antálgica [= tratamento da dor enquanto doença] deve ser ministrada de acordo com o contexto vital do paciente
- As síndromes dolorosas crónicas impõem uma estratégia complexa de procedimentos clínicos cujo protocolo terapêutico depende não da acção unilateral de um médico, mas da intervenção de equipas multidisciplinares

- Uma abordagem multidisciplinar da dor deve ter em conta o “arsenal” terapêutico operativamente disponível e deontologicamente validado pelas boas práticas clínicas em curso > conjugando 4 técnicas [em conjunto ou em separado] consoante a etiologia dolorosa específica e o perfil de cada paciente :

\* abordagem farmacológica > medicamentos antálgicos, alopáticos e outros...

\* abordagem cirúrgica > cirurgia e neurocirurgia da dor...

\* abordagem sistémico-funcional > tratamentos sensoriais, fisioterapia, acupunctura, neuroestimulação...

\* abordagem psicológica > controlo psicológico da dor, relaxamento, reforço de técnicas de adaptação...

- No actual estado de desenvolvimento da panóplia terapêutica disponível >> todos os pacientes em situação de dor terminal extrema têm direito a saber que 1. podem ser aliviados em contexto paliativo em vista do princípio de um fim de vida digno, 2. gozam do direito de, pelo menos, exprimir recusa de tratamento encarniçado, torturante e fútil

- Os tratamentos de algopatias crónicas/extremas devem ser planificados e executados de forma adaptativa e personalizada a cada paciente >> em função 1. da sua história clínica, 2. do seu contexto sócio-cultural e 3. do horizonte espiritual em que se joga o sentido mais amplo e profundo da sua existência

## 🔗 CONCLUSÃO

Do exposto podese concluir sumariamente que

- ☑ A dor constitui uma experiência humana radical, vivida no horizonte pessoal e singular da percepção totalizante da existência, cujo mistério constitui mais um desafio do que uma ameaça fatal que se procura camuflar retoricamente com apelos (religiosos ou heróicos) à resignação;
- ☑ Sendo difícil comunicar a outrem a experiência dolorosa, o paciente conhece-a e sabe-a melhor do que ninguém, incluindo o próprio médico. Por isso, resulta aporético todo o esforço de objectivação para medi-la, catalogá-la e tipificá-la na sua eclosão individual, em vista do seu controlo teórico e operativo, o que não significa que não se possa compreender filosoficamente o seu impacto vivencial e descrever clinicamente o seu lastro neuro-fisio-anatómico;
- ☑ A afectação motivada por dor aguda sinaliza um alerta benéfico e, em condições normais, deve desaparecer completamente, uma vez cumprida a sua momentânea função de alarme perante uma agressão (motivada por lesão ou por estímulo nóxico)

- ✓ A dor crónica/extrema constitui mais do que um sinal de alerta de uma afectação agressiva, mas algo que persiste para além desta, contendo densidade patológica própria, cuja manifestação afecta a integridade existencial do indivíduo na sua totalidade (orgânica, psíquica, moral e espiritual);
- ✓ O quadro causal das dores crónicas autónomas é multifacetado: a tarefa do médico consiste em esforçar-se por demonstrar uma etiologia precisa das síndromes dolorosas crónicas (algotias) por forma a propiciar uma terapêutica polivalente, multidisciplinar e personalizada;
- ✓ Toda a manifestação dolorosa entrelaça indissociavelmente um complexo de dimensões diferenciadas e interactuantes, a saber neuro-fisiológicas, psico-afectivas, cognitivo-representativas e simbólico-espirituais. Por conseguinte, as respostas clínicas no quadro de uma intervenção terapêutica não podem ser lineares, unívocas e automatizadas, mas multi e interdisciplinares;

- ✓ Os protocolos terapêuticos devem ter em conta que todos os tratamentos farmacológicos contra a dor (antálgicos) produzem efeitos colaterais e secundários, o que implica complementá-los com outros tratamentos em contexto decisionário de elevada complexidade (*hierarquização de prioridades, simulação de cenários alternativos, avaliação prospectiva de consequências, discriminação positiva de estratégias igualmente válidas, ponderação de alternativas dilemáticas em termos de “mal menor” ou de “mínimo dano possível”, etc.*);
- ✓ Todos os pacientes em situação de dor terminal extrema têm direito a saber que as síndromes algopáticas podem ser aliviadas em contexto paliativo, em vista do princípio de um fim de vida com qualidade, gozando do direito de, pelo menos, exprimir a recusa de tratamento encarniçado, torturante e fútil;
- ✓ Os tratamentos de síndromes dolorosas crónicas/extremas devem ser planificados e executados de forma adaptativa e personalizada, em função da história clínica e do contexto social e cultural de cada paciente, bem como do horizonte em que se joga o sentido mais amplo e profundo da sua existência.