

SIMPÓSIO

Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar

Léo Pessini

Este artigo procura realçar a importância e a necessidade da dimensão humana no cuidado da dor e sofrimento humanos no âmbito da saúde, especificamente no hospital. Hoje, muito se fala e reclama da desumanização das instituições de saúde. O hospital reflete essa problemática como que um espelho, o que de pior e de melhor acontece na nossa sociedade desumanizada e desumanizante. A humanização desta instituição passa, obrigatoriamente, também pela humanização deste universo maior condicionante da sociedade. No tocante ao cuidado digno da dor e sofrimento humanos, o sistema de saúde brasileiro ainda está numa fase rudimentar. Há muito o que se fazer em termos de operacionalização de políticas públicas relacionadas com a questão, bem como intervir no aparelho formador de profissionais para criar uma nova cultura. Num contexto de crescente tecnologização do cuidado, é urgente o resgate de uma visão antropológica holística, que cuide da dor e sofrimento humanos nas suas várias dimensões, ou seja, física, social, psíquica, emocional e espiritual. Para além da difícil resposta à questão do “porquê” da dor/sofrimento, campo das filosofias e religiões, o cuidado solidário, que alia competência técnico-científica e humana, em meio à dor e sofrimento do outro é uma chance preciosa para nos deixarmos tocar em nossa sensibilidade e nos humanizarmos no processo.



Léo Pessini

Professor doutor em Teologia Moral; pós-graduado em Clinical Pastoral Education and Bioethics pelo St. Luke's Medical Center, em Milwaukee (EUA); membro da Diretoria da Associação Internacional de Bioética; superintendente da União Social Camiliana e vice-reitor do Centro Universitário São Camilo

Bioética 2002 - vol. 10 - nº 2

Unitermos: Bioética – sofrimento humano, humanização hospitalar – ética, dor e sofrimento humanos – ética

“O sofrimento somente é intolerável quando ninguém cuida.”

Dame Cicely Saunders

“Os corpos não sofrem, as pessoas sofrem.”

Eric Cassel

“Não há riqueza maior que a saúde do corpo, nem contentamento maior que a alegria do coração. É melhor a morte do que uma vida amarga e o descanso eterno, mais que uma doença prolongada.”

Eclesiástico 30, 16-17

INTRODUÇÃO

Numa primeira aproximação à questão da humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar, constatamos que passamos por uma profunda crise de humanismo. Falamos insistentemente de ambientes desumanizados, tecnicamente perfeitos, mas sem alma e ternura humana. A pessoa humana vulnerabilizada pela doença deixou de ser o centro de atenções e passou a ser instrumentalizada em função de determinado fim, podendo ser transformada em objeto de aprendizado, o *status* do pesquisador, ou ser cobaia de pesquisa, só para citar algumas situações que comprometem a verdade ética de que as coisas têm preço e podem ser trocadas, mudadas e comercializadas, mas as pessoas têm dignidade que deve ser respeitada! A manipulação, enfim, sutilmente se faz presente e rouba aquilo que é mais precioso à vida humana: sua dignidade.

Acreditamos que frente a este cenário gerador de sofrimento podemos implementar uma política de assistência e cuidado que honre a dignidade do ser humano doente. Nos limites de um texto introdutório à problemática em tela, nosso roteiro tem como partida uma análise contextual da realidade hospitalar (1), apresenta alguns dados preocupantes em relação à dor na realidade brasileira (2), segue analisando o fenômeno da tecnologização do cuidado que transforma a dor e o sofrimento humano num mero problema técnico (3), aprofunda a problemática no contexto clínico, propondo uma distinção entre dor, que se situa mais no âmbito da dor física e do sofrimento

que atinge o todo da pessoa (4). Avança realçando a necessidade de uma visão antropológica holística que valorize as diversas dimensões do fenômeno dor/sofrimento, ou seja, a dimensão física, psíquica, social e espiritual (5). Em termos de assistência de saúde, enfatiza a necessidade imperiosa de cuidado solidário que une competência técnico-científica e humanidade, principalmente naquelas situações extremas na fronteira entre a vida e a morte (6).

1. As catedrais contemporâneas da saúde e do sofrimento humano

Façamos inicialmente uma rápida viagem até a Idade Média e entremos numa catedral. *“Visível à distância, emblema da cidade, a catedral é na realidade o coração de um vasto conjunto de múltiplas funções: centro religioso, intelectual, econômico, caritativo, artístico, uma cidade sagrada e simbólica dentro da cidade. Lugar dos principais centros e nós de organização do espaço urbano e do urbanismo (com sua praça), ela é também um centro do poder, objeto de conflitos”*(1).

A catedral era ao mesmo tempo símbolo, centro e síntese da história da cidade. Em volta e dentro deste templo, viviam-se e reviviam-se todos os acontecimentos felizes, tristes e doloridos daquele povo. Diante de suas portas realizam-se os teatros que cantavam a vida da população à luz de seus valores culturais e religiosos. Os vitrais, como os *outdoors* de hoje,

SIMPÓSIO

eram catecismos coloridos de suas crenças. Todas as corporações celebravam dentro da catedral o dia do seu padroeiro, bem como suas reuniões de rotina. A vida, as festas, as alegrias, as tristezas, a morte, as esperanças, enfim a vida - do nascer ao morrer - era celebrada dentro daquele edifício sagrado, a catedral, verdadeiro orgulho de todos.

Em nossa civilização contemporânea, a catedral da cidade está sendo substituída por outros tipos de templos sagrados, por novos tipos de catedrais. É o caso das *catedrais do esporte*, que são os grandes estádios; as *catedrais da riqueza*, que são os bancos; as *catedrais do lazer*, que são os grandes parques de entretenimento e diversões; as *catedrais do prazer*, que são as casas noturnas requintadas e os motéis luxuosos; as *catedrais do trabalho*, que são as fábricas e empresas prestadoras de serviços; as *catedrais do saber*, que são as universidades. E no meio de tantos novos templos, eis que surgem as *catedrais da saúde*, que são os hospitais.

Dentro de um hospital, como nas antigas catedrais, recapitulam-se todas as fases da vida do ser humano. O nascimento, com suas festas e esperanças, as doenças, a restauração da saúde, a cura, as pesquisas na busca de novos medicamentos, as cruzadas das campanhas preventivas, as vigílias nas UTIs – as corporações ou as equipes profissionais combatendo o “inimigo” infecção; as orações e meditações nos oratórios e/ou capelas, sem esquecer do silêncio e da inquietude em momentos de despedida de vida.

É importante termos uma visão histórica de como era esta instituição até muito recentemente, e que passou por transformações radicais ao longo do século XX. A narrativa de M. Foucault é simplesmente contundente: *“Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para acolhê-lo quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer”*(2).

Passar de uma instituição onde se vai para morrer para uma instituição onde se cuida e se aprimora a saúde exigiu muito tempo e descobertas científicas. Entremos no hospital. Esta instituição é um pequeno microcosmo do grande macrocosmo (sociedade), isto é, nele encontramos em dose concentrada um resumo do que de mais nobre, bonito e incrível encontramos na sociedade, bem como o que de mais triste, degradante e violento nela existe. Ele aceita a todos indiscriminadamente. Nele nos defrontamos com a realidade nua e crua, sem disfarces ou máscaras, que caem por terra sem pedir licença. É uma realidade contrastante

que nos questiona. Nela nos defrontamos com o santo e o bandido, o crente e o ateu, a criança que apenas exalou o primeiro vagido de chegada e que se torna um grito de adeus e o velhinho que, no vigor dos seus 90 anos, ainda luta para viver e de fato vive... - e que alguns dias após a alta volta ao hospital para agradecer e distribuir um “presentinho” aos que dele cuidaram. Em situações de emergência, chega no pronto-socorro alguém que fez tudo para tirar a própria vida numa tentativa frustrada de suicídio, e nós, profissionais da saúde, somos chamados a fazer o possível e o impossível para que continue a viver. Tantas jovens mulheres querendo ser mães, e por problemas de esterilidade não podem; por outro lado, outras, sendo férteis, desperdiçam vidas e em muitas circunstâncias morrem no processo. Trata-se de uma realidade simplesmente paradoxal.

É um contraste chocante, provocador de indignação ética em muitas instâncias, mas que nos convoca a sermos arautos do cuidado da vida marcada pela dor e sofrimento. Ninguém vai ao hospital por prazer ou para tirar férias, muito menos para passear. Trata-se de uma necessidade de preservação da própria vida. É neste contexto que sempre temos a presença inoportuna da dor e do sofrimento que nos provocam profundamente como seres humanos e como profissionais da saúde.

Uma das situações críticas do cuidado da vida é quando esta é marcada por dor e sofrimento intoleráveis e sem perspectiva, provocados por determinada doença séria de características mortais. Este é um dos motivos pelos quais muitas vezes a

opção pela eutanásia torna-se atrativa, no sentido de abreviar a vida intencionalmente por causa da dor e do sofrimento. É muito freqüente ouvir nas UTIs e corredores do hospital pacientes que verbalizam em alto e bom tom que não temem tanto a morte em si mesma, mas sim a dor e o sofrimento do processo do morrer. O cuidado da dor e do sofrimento é a chave para o resgate da dignidade do ser humano neste contexto crítico, e é um dos objetivos da Medicina desde tempos imemoriais. A problemática da dor e do sofrimento não é pura e simplesmente uma questão técnica: estamos frente a uma das questões éticas contemporâneas de primeira grandeza e que precisa ser vista e enfrentada nas suas dimensões física, psíquica, social e espiritual. Finalmente, veremos neste capítulo que, no Brasil, estamos ainda numa fase bastante rudimentar em relação ao cuidado da dor no sistema de saúde. Existe muita dor não aliviada e a esperança está na intervenção nas escolas de formação dos profissionais da saúde, na reformulação curricular, que contemple esta visão antropológica, para além da formação tecnocientífica necessária e na implementação da filosofia dos cuidados paliativos, em nível institucional ou domiciliar, frente aquelas situações em que curar não é mais possível. Falamos aqui no cuidado do sofrimento terminal da vida humana. Vejamos a seguir como a dor é tratada no contexto de saúde brasileiro.

2. Alguns dados sobre dor na realidade brasileira

O contexto da assistência médica em nosso país é ainda caracterizado, em muitos seg-

SIMPÓSIO

mentos populares, por uma cultura que cheira o conformismo dolorista (“é assim mesmo”) da sociedade enquanto tal. Num *ethos* social marcado por desigualdade e exclusão, herança de nosso período de escravidão, “o pobre tem que sofrer”, e o crente não menos, para “ganhar o céu”. Felizmente, este manto dolorista, que acaba sacralizando a desigualdade sociopolítica e cultural, vai desaparecendo aos poucos.

Alguns sinais positivos já começam a surgir no contexto clínico brasileiro. Foi criado em 1997, no âmbito do Ministério da Saúde, um Programa Nacional de Educação Continuada em Dor e Cuidados Paliativos para os Profissionais da Saúde (3).

O que entender por dor? A palavra “dor” origina-se do latim *dolere*. Os dicionários costumam defini-la como impressão desagradável ou penosa, decorrente de alguma lesão ou contusão, ou de um estado anormal do organismo ou de parte dele.

O tema dor é geralmente negligenciado pelos profissionais e educadores do setor saúde que elaboram os currículos de formação dos futuros profissionais da área. Segundo especialistas, existem basicamente dois tipos de dor: as agudas e as crônicas. A dor aguda geralmente está associada a algum tipo de lesão corporal e tende a desaparecer logo que esta melhora. A dor crônica é aquela que perdura por mais de seis meses. É aquela que persiste além do tempo razoável e esperado para a cura de uma lesão, ou que está associada a doenças crôni-

cas, causadoras de dor contínua, ou que retorna em intervalos de meses ou anos.

Estudos epidemiológicos sobre a ocorrência e etiologia dos quadros algícos são poucos, e o conhecimento sobre o tema ainda é bastante primário no Brasil. Sabe-se, porém, que a dor é a razão principal pela qual 75%-80% das pessoas procuram o sistema primário de saúde. A dor crônica acomete parcela significativa da população brasileira e é apontada como sendo a principal causa de falta ao trabalho, licenças médicas, aposentadorias por doença, indenizações trabalhistas e baixa produtividade. No Brasil, 6 dos 11 medicamentos campeões de venda no ano de 1998 foram analgésicos e/ou antiinflamatórios (5).

As dores oncológicas representam 5% das dores crônicas. Estima-se que 18 milhões de pessoas no mundo apresentem câncer diagnosticado atualmente, e a dor é um problema comum nesses pacientes. Os estudos têm apontado que a dor oncológica não tem sido adequadamente controlada, não por falta de recursos terapêuticos, mas por avaliação imprecisa do quadro de dor e utilização inadequada do arsenal antiálgico disponível.

Estudos realizados nas unidades de cuidados paliativos e câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que 4,5 milhões de pacientes em países em desenvolvimento e desenvolvidos morrem anualmente sem receber tratamento da dor e sem que lhes sejam considerados outros sintomas tão prevaletentes quanto a dor e que também causam sofrimento.

Em suma, a dor ainda não recebe a atenção devida na assistência à saúde em nosso país. Necessitamos de programas de educação em relação a essa problemática para doentes, familiares, médicos, farmacêuticos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais. O desafio para a comunidade científica, para os profissionais da saúde e para toda a sociedade é a elaboração de um programa especial sobre essa questão nos currículos de formação desses profissionais. O tema dor deve ser discutido e esclarecido para que haja melhor compreensão e prevenção de sua presença, bem como de seu controle (6,7).

Estes programas de educação devem fundamentar-se em alguns princípios fundamentais, que assinalamos a seguir:

1) Visão da dor nas suas diferentes dimensões. A dor é uma experiência em que aspectos biológicos, emocionais e culturais estão ligados de modo indivisível e no seu ensino deve-se prover informação para que estes aspectos possam ser adequadamente considerados, investigados e abordados. As intervenções terapêuticas devem sempre que possível atuar na causa da dor, sendo desejáveis as terapias que interfiram pouco na fisiologia e no comportamento normal do indivíduo, que sejam pouco complexas, menos dispendiosas e com mínimo potencial de complicações e efeitos adversos;

2) Valores éticos e a importância da qualidade de vida. A valorização da qualidade de vida da pessoa frágil pela dor e sofrimento e que talvez esteja enfrentando o adeus à vida; o respeito

pela dignidade do ser humano, bem como sensibilidade no processo de tomada de decisões terapêuticas, devem permear toda a atividade de ensino, pesquisa e assistência;

3) Presença de equipe multidisciplinar. A experiência assistencial representa a possibilidade de integração dos conceitos que envolvem o estudo da dor e seu manejo. O treinamento deve incluir o atendimento aos doentes com dor, realizado por todos os profissionais de saúde, de forma integrada. Entre os princípios que devem alicerçar os programas educacionais da área da saúde em dor, devem ser acrescentados os conceitos da filosofia de cuidados paliativos que visam cuidar da dor e sofrimento dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

As escolas médicas, em geral, têm a graduação baseada no famoso relatório Flexner, datado de 1912, que fundamenta o ensino da Medicina com uma visão biocêntrica/tecnocêntrica. O corpo humano é estudado por partes e a doença é vista como sendo o mau funcionamento dos mecanismos biológicos, estudados sob o ponto de vista da biologia molecular e celular. O objetivo da ação médica é intervir física ou quimicamente para normalizar o funcionamento da unidade esfacelada. A finalidade da escola médica era formar estudiosos em doenças, especialmente especialistas que atuassem em hospitais, e não capacitar os profissionais para cuidar de doentes. Tal modelo resulta numa visão reducionista da pessoa como um todo. A preocupação atual da relação entre as condições psicossocioculturais na

SIMPÓSIO

expressão e na solução de questões de saúde implicou a inclusão de um conceito sociocêntrico na educação básica. Esta deve desenvolver-se na organização de currículos com fundamentação antropocêntrica, ou seja, competentes para formar profissionais capazes de contribuir para o bem-estar físico, psíquico e social dos doentes (7,8). Passamos a seguir a considerar a questão que fundamentalmente tem um componente ético, mas que a ideologia a torna mero problema técnico.

3. A dor e o sofrimento como problema técnico

Vivemos numa sociedade dominada pela analgesia, em que fugir da dor é o caminho racional e normal. À medida que a dor e a morte são absorvidas pelas instituições de saúde, as capacidades de enfrentar a dor, de inseri-la no ser e de vivê-la são retiradas da pessoa. Ao ser tratada por drogas, a dor é vista medicamente como um barulho de funcionamento nos circuitos fisiológicos, sendo despojada de sua dimensão existencial subjetiva. Claro que esta mentalidade retira do sofrimento seu significado íntimo e pessoal e transforma a dor em problema técnico. Diz-se que hoje temos a chamada trindade farmacológica da felicidade, no nível físico-corporal, psíquico e sexual, que está disponível a conta-gotas nas prateleiras das farmácias, a um custo razoável. O xenical – para o emagrecimento e busca da felicidade do corpo escultural; o prozac – para livrar-se dos incômodos da depressão e da busca do bem-estar psíquico, e o viagra, que liberta a

pessoa do fracasso e da vergonha da disfunção erétil (impotência), proporcionando o prazer e a felicidade sexual. Atualmente, não mais possuímos os místicos de outrora, que atribuíam à dor um sentido e ao sofrimento uma razão de ser. Estamos numa sociedade secularizada em que o sofrer não tem sentido, e por isso somos incapazes de perceber o sentido do sofrimento. As culturas tradicionais tornam o homem responsável por seu comportamento sob o impacto da dor, sendo que hoje é a sociedade industrial que responde diante da pessoa que sofre, para livrá-la deste incômodo.

Em meio medicalizado, a dor perturba e desnor-teia a vítima, obrigando-a a entregar-se ao tratamento. Ela transforma em virtudes obsoletas a compaixão e a solidariedade, fonte de reconforto. Nenhuma intervenção pessoal pode mais aliviar o sofrimento. Só quando a faculdade de sofrer e de aceitar a dor foi enfraquecida é que a intervenção analgésica tem efeito previsto. Nesse sentido, a gerência da dor pressupõe a medicalização do sofrimento.

Segundo Illich, o médico e seu cliente, por viverem numa sociedade que valoriza a anestesia, aprendem a “abafar a interrogação inerente a toda a dor”. Numa sociedade analgésica, parece razoável se libertar dos incômodos impostos pela dor, mesmo que isto custe a perda da independência. À medida que a analgesia domina, o comportamento e o consumo fazem declinar toda a capacidade de enfrentar a dor, índice da capacidade de viver. Ao mesmo tempo, diminui a faculdade de desfrutar prazeres simples e estimulantes fracos. Serão necessários estimulan-

tes cada vez mais poderosos para dar às pessoas a impressão de que estão plenamente vivas. Fala-se aqui de esquizoalgia, significando o sintoma de supermedicalização, destruição iatrogênica do poder de sofrer. Gestão técnica da dor, que enfraquece e expropria (9).

A medicalização penetra fundo em nossas vidas e constitui um dos domínios em que o poder da técnica foi mais bem acolhido e menos contestado. Cada pessoa torna-se um hóspede potencial dos hospitais, um paciente quase certo de determinadas cirurgias, um freqüentador assíduo de consultórios e ambulatórios. Se antes freqüentar um hospital era sinal de pobreza (local de concentração de indigentes), hoje os hospitais e clínicas são indicadores de desenvolvimento econômico e social, lugares que as pessoas têm obrigação quase moral de freqüentar (10).

Sob tal ótica, a dor foi transformada em problema de economia política. A pessoa torna-se consumidora de anestésias e se lança à procura de tratamentos que determinam insensibilidade, inconsciência, abulia e apatia provocadas artificialmente. Toda dor é vista como resultado de tecnologia faltosa, de legislação injusta ou ausência de medicina analgésica. A heteronomia da dor transforma-a em demanda aguda de medicamentos, hospitais, serviços de saúde mental e outros cuidados profissionais.

Por este caminho da medicalização da vida biológica e psíquica, os problemas cruciais são despojados de suas dimensões sociais, são despolitizados, e apresentam-se como questões

particulares e individuais, que uma visita a um especialista renomado, um bom calmante, um passeio ou um regime alimentar na base dos “diets” e “lights” podem resolver. Isto é muito importante de ser levado em conta principalmente numa realidade de América Latina, em que temos “dor e sofrimento sociais” provocados por um sistema socioeconômico excludente em plena era de globalização econômica (8). Considerando-se este contexto “macro”, volte-mos agora ao contexto “micro”, ou seja, à realidade clínica, fazendo uma distinção entre a dor e o sofrimento humano causado pelas enfermidades (11).

4. A dor e o sofrimento humano no contexto clínico

A cura da doença e o alívio do sofrimento, desde o nascedouro da medicina hipocrática, são aceitos como sendo os objetivos da Medicina. A doença destrói a integridade do corpo, e a dor e o sofrimento podem ser fatores de desintegração da unidade da pessoa. Enquanto hoje a medicina está até que bem aparelhada para combater a dor, no que tange ao lidar com o sofrimento encontra-se ainda num estágio bastante rudimentar (12).

Ganha sempre mais importância e até uma certa popularidade nos meios científicos que lidam com pacientes terminais a distinção entre dor e sofrimento. Disso resulta a necessidade de, ao tratarmos da problemática, estabelecermos claramente as definições e distinções necessárias.

SIMPÓSIO

Cassel afirma que “o sofrimento ocorre quando existe a possibilidade de uma destruição iminente da pessoa, continua até que a ameaça de desintegração passa ou até que a integridade da pessoa é restaurada novamente de outra maneira”. Aponta que o “sentido e a transcendência” oferecem duas pistas de como o sofrimento associado com a destruição de uma parte da personalidade pode ser diminuído. Dar um significado à condição sofrida freqüentemente reduz ou mesmo elimina o sofrimento a ela associado... A transcendência é provavelmente a forma mais poderosa na qual alguém pode ter sua integridade restaurada, após ter sofrido a desintegração da personalidade (13).

Em relação à dor, constata-se que grande parte dos profissionais de saúde não sabem o que significa “dor” quando falam nela. A dor tem duas características importantes: a primeira é que estamos diante de um fenômeno dual: de um lado, a percepção da sensação; de outro, a resposta emocional do paciente a ela. A segunda característica é que a dor pode ser sentida como aguda, e portanto passageira, ou crônica, e conseqüentemente persistente.

A dor aguda tem um momento definido de início, sinais físicos objetivos e subjetivos e atividade exagerada do sistema nervoso. A dor crônica, em contraste, continua além de um período de seis meses, com o sistema nervoso se adaptando a ela. Nos pacientes com dor crônica, nem sempre existem sinais objetivos, mesmo quando eles apresentam mudanças visíveis em sua personalidade, estilo de vida e habilidade funcional. Esse tipo de dor exige

uma abordagem que contemple não somente o tratamento de suas causas, mas também de suas conseqüências psicológicas e sociais.

Existem pelo menos mais duas definições de dor que valem a pena lembrar. Em 1979, a Associação Internacional para o Estudo da Dor assim a definiu:

“uma experiência emocional e sensorial desagradável, associada com dano potencial ou atual de tecidos, descrita em termos de tais danos”. Em 1986, reformulou esse conceito para “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais, ou descrita em termos de tais lesões” (4).

Dame Cicely Saunders, a fundadora do moderno hospice, tomando esta descrição como base cunhou a expressão “dor total”, que inclui além da dor física a dor mental, social e espiritual. Falhar em considerar esta apreciação mais abrangente de dor é uma das principais causas pelas quais os pacientes não recebem alívio adequado dos sintomas dolorosos.

Por vezes, existe um momento na doença crítica em que os sentimentos de desesperança e impotência se tornam mais intoleráveis que a própria dor. Neste ponto, a diferença entre dor e sofrimento torna-se evidente. Nem sempre quem está sentindo dor está sofrendo. O sofrimento é uma questão subjetiva e está mais ligado aos valores da pessoa. Por exemplo, duas pessoas podem ter a mesma condição física, mas somente uma delas pode estar sofrendo com isso. A palavra dor deve ser usada para a

percepção de um estímulo doloroso na periferia ou no sistema nervoso central associada a uma resposta efetiva. Nem toda dor leva ao sofrimento (a dor de um atleta vencedor de uma maratona leva ao prazer), e nem todo sofrimento requer a presença de dor física (a angústia de saber que um ente querido tem mal de Alzheimer, por exemplo).

Daniel Callahan (14) definiu sofrimento como sendo a experiência de impotência com o prospecto de dor não aliviada, situação de doença que leva a interpretar a vida vazia de sentido. Portanto, o sofrimento é mais global que a dor e, fundamentalmente, sinônimo de qualidade de vida diminuída (15) - situações como as de doenças sérias e prolongadas que causam rupturas sociais na vida do paciente, juntamente com a crise familiar, preocupações financeiras, premonições de morte e preocupações que surgem da manifestação de novos sintomas e seus possíveis significados.

A dor pode ser definida como uma perturbação, sensação no corpo, como já dito anteriormente. O sofrimento, por outro lado, é um conceito mais abrangente e complexo. Pode ser definido, no caso de doença, como um sentimento de angústia, vulnerabilidade, perda de controle e ameaça à integridade do eu. Pode existir dor sem sofrimento e sofrimento sem dor. Em cada caso, somente nós podemos senti-lo, bem como aliviá-lo. Certamente, algum nível de dor e sofrimento pode ser tolerado, e seria na verdade utópico dizer que o alívio de toda dor e sofrimento seria um objetivo apropriado para o sistema de saúde. A vulnera-

bilidade provocada pela doença exige uma resposta, chamada “cuidado” (16).

Um dos principais perigos em negligenciar a distinção entre dor e sofrimento no contexto clínico é a tendência dos tratamentos se concentrarem somente nos sintomas físicos, como se apenas fossem a única fonte de angústias para o paciente. Isto resulta, freqüentemente, na situação de pacientes que estão fisicamente mais confortáveis por causa da terapia da dor, mas cujo sofrimento continua presente.

A distinção entre dor e sofrimento tem um significado todo particular e urgente quando se trata de cuidar da dor dos pacientes terminais. Diante da impotência que define o sofrimento, Callahan (17) acredita que *“a medicina que somente procura prolongar a vida, estendendo, mas não aliviando o sofrimento, chegou no fim de seus recursos e objetivos”*. Não fazer a distinção entre dor e sofrimento nos permite continuar agressivamente a prescrever tratamentos médicos fúteis, na crença de que enquanto protegem os pacientes da dor física também os protegem de todos os outros aspectos. Em outras palavras, a distinção nos obriga a perceber que a disponibilidade de tratamento da dor em si não justifica a continuação de cuidados médicos fúteis. A continuação de tais cuidados pode simplesmente impor mais sofrimentos para o paciente terminal.

Ouvimos, com freqüência, confidências de pacientes terminais que não têm tanto medo de morrer, mas temem o sofrimento relacionado com o processo do morrer. Isto ocorre especial-

SIMPÓSIO

mente quando esta experiência é marcada pela dependência mutilante, a dor e o sofrimento não cuidados que tão freqüentemente acompanham a doença terminal, ameaçando a integridade pessoal e a perspectiva de um futuro.

Um dos primeiros objetivos da medicina ao cuidar dos pacientes terminais deveria ser o aliviar a dor e o sofrimento causados pela doença. Embora a dor física seja a fonte mais comum de sofrimento, a dor no processo do morrer vai além do físico, tendo conotações culturais, subjetivas, sociais, psíquicas e éticas. Portanto, lidar efetivamente com a dor em todas as suas formas é algo crítico e de suma importância para um cuidado digno dos que estão morrendo.

Podemos dizer que a dor é fisiológica, enquanto o sofrimento é psicológico. O sofrimento é muito mais vasto, mais global, isto é, existencial. Ele inclui as dimensões psíquicas, psicológicas, sociais e espirituais. A dor é uma experiência somatopsíquica. A dor e o sofrimento se reforçam mutuamente: uma dor muito forte e persistente pode influir em todas as dimensões do sofrimento, e, inversamente, a ansiedade, a depressão, a solidão ou o sentimento do não-sentido da vida podem acentuar a dor (18,19). Passemos a algumas considerações a respeito das dimensões do sofrimento.

5. As dimensões da dor/sofrimento

A contribuição da medicina psicossomática e a entrada da psicologia no contexto da saúde,

notadamente no âmbito hospitalar (UTIs e emergências), inicialmente, foram de extrema importância nestes últimos anos para resgatar o ser humano para além de sua dimensão físico-biológica e situá-lo num contexto maior de sentido e significado, nas suas dimensões psíquica, social e espiritual (20,21).

Dimensão física

É a facilmente observada quando presente. Surge de um ferimento, de uma doença ou da deterioração progressiva do corpo, no idoso e no doente terminal, impedindo o funcionamento físico e o relacionamento com os outros. No nível físico, a dor funciona como um alarme de que algo está errado no funcionamento do corpo. Contudo, como a dor física afeta a pessoa na sua globalidade de ser, ela pode facilmente ir além de sua função como um sinal de alarme. A dor severa pode levar a pessoa, por vezes, a pedir a própria morte.

Dimensão psíquica

É a dimensão do sofrimento que pode ter múltiplos fatores causais num capítulo de alta complexidade na área da saúde mental. Entre inúmeras situações críticas que podem desencadear sofrimento psíquico, lembramos o enfrentamento da própria morte. Brotam sentimentos caracterizados por mudança de humor, sentimentos de perda do controle sobre o processo de morrer, perda de esperanças e sonhos ou necessidade de redefinir-se perante o mundo.

Dimensão social

É a dimensão do sofrimento marcada pelo isolamento, criado justamente pela dificuldade de comunicação sentida no processo do morrer. A presença solidária é fundamental. A perda do papel social familiar é também muito cruel. Por exemplo, um pai doente torna-se dependente dos filhos e aceita ser cuidado por eles.

Dimensão espiritual

Surge da perda de significado, sentido e esperança. Apesar da aparente indiferença da sociedade em relação ao “mundo além deste”, a dor espiritual está aí. É quando o doente confia ao seu conselheiro espiritual: “dói a alma”. Precisamos de um sentido e de uma razão para viver e para morrer. Em recentes pesquisas nos Estados Unidos, ficou evidenciado que o aconselhamento em questões espirituais situa-se entre as três necessidades mais solicitadas pelos que estão morrendo e seus familiares (22, 23, 24, 25, 26).

Essas dimensões do sofrimento inter-relacionam-se e nem sempre é fácil distinguir umas das outras. Se os esforços para lidar com a dor enfocam somente um aspecto e negligenciam os demais, o paciente não experimentará alívio da dor e sofrerá mais. A dor não aliviada, como dissemos, pode causar não somente depressão, mas até levar a pessoa a pedir para morrer. Como diz a Declaração sobre a Eutanásia, da Sagrada Congregação da Fé (5 de maio de 1980): “A dor física é certamente um elemento inevitável da condição humana; no plano bioló-

gico, é como que advertência de utilidade incontestável; mas, repercutindo também na vida psicológica do homem, muitas vezes torna-se desproporcionada à sua utilidade biológica, e pode assumir dimensões tais que gerem o desejo de eliminar a própria vida custe o que custar”.

“As súplicas dos doentes muito graves que, por vezes, pedem a morte não devem ser compreendidas como expressão de uma verdadeira vontade de eutanásia; nestes casos são quase sempre pedidos angustiados para aliviar a dor, por um cuidado médico melhor, por amor” (27).

Nesta mesma direção, uma força-tarefa (task force) do Estado de Nova York sobre a Vida e a Lei elaborou em 1994 um documento intitulado *Quando a morte é procurada: suicídio assistido e eutanásia no contexto médico* e retomou e atualizou a questão num Suplemento, em 1997, cuja conclusão vale a pena registrar *ipsis litteris*:

“O grande interesse público sobre o suicídio medicamente assistido representa um sintoma de um problema muito maior: nossa falha coletiva em responder adequadamente ao sofrimento que os pacientes freqüentemente experimentam no final da vida. Aperfeiçoar os cuidados paliativos, e responder às necessidades psíquicas, espirituais e sociais dos pacientes que estão morrendo, deve ser uma prioridade nacional crítica. Se o suicídio assistido será finalmente legalizado ou não, esperamos que todos os que estão envolvidos no debate sobre a legalização unirão as forças para ajudar a atingir este importante objetivo” (28).

SIMPÓSIO

Vale lembrar, novamente, a dra. Cicely Saunders, quando afirma: “o sofrimento somente é intolerável quando ninguém cuida” (29). É na filosofia do hospice, viabilização da medicina paliativa, que vemos a integralidade do ser humano no cuidado da dor e do sofrimento (30).

Ó. O cuidado da dor e do sofrimento

A dor física é geralmente a mais fácil de se controlar. Embora os textos médicos descrevam abordagens farmacológicas e não-farmacológicas para controlar a dor, existe muita dor física não aliviada. Peritos estimam que 75% dos pacientes com dor são tratados inadequadamente, e que de 60% a 90% dos que estão na fase terminal sentem dor de severa a moderada, suficiente para prejudicar as funções físicas, o humor e a interação social. Quase 25% dos pacientes de câncer morrem com dor severa e não aliviada (31).

Na perspectiva do paciente, a dor pode aumentar a partir do medo, isolamento, insônia ou depressão. As respostas dos pacientes para os tratamentos de dor também podem variar. Um dos grandes problemas que os pacientes têm é encontrar uma linguagem adequada para expressar sua dor, de modo a que seja adequadamente identificada e cuidada. Muitos relutam em falar da dor, porque sentem que os outros os julgariam como fracos e que só sabem reclamar. Outro problema em cuidar da dor dos doentes é que alguns não cooperam com o programa terapêutico, talvez para evitar efeitos colaterais do tratamento que os impediriam de resolver ques-

tões pendentes, ou simplesmente como forma de garantir algum controle em face da perda da autodeterminação. Outros, negam a dor para manter o sentimento de que ainda estão no controle, apesar de evidências em contrário. Outros, usam sua dor para proteger-se de questões mais difíceis. Outros, numa perspectiva de fé, abraçam a dor, acreditando que tem um valor redentor que podem oferecer a Deus (32, 33).

Os médicos também falham em aliviar a dor dos pacientes. Alguns ignoram a natureza da dor. Outros não diagnosticam acuradamente a sua origem, ou falham em avaliar o paciente em intervalos regulares para detectar novos processos causadores de dor e que exigem novas terapias. Alguns simplesmente não acreditam na descrição da dor do paciente. Outros, ainda, não tentam alternativas para a terapia medicamentosa, tais como estimulação elétrica dos nervos, massagem ou terapias orientais, como a acupuntura, por exemplo (34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42).

Os que utilizam terapias medicamentosas são por demais tímidos em prescrever narcóticos, pelas seguintes razões: a) ignorância básica da magnitude de doses necessárias para combater a dor aguda; b) medo exagerado de causar uma parada respiratória; c) ansiedade em relação ao perigo de adicção; d) medo irracional de ser processado civil ou criminalmente; e) estimativa exagerada dos efeitos colaterais de alguns analgésicos, tais como adicção potencial.

Recentes estatísticas estimam que mais de 90% da dor pode ser aliviada, e geralmente por meio

de drogas. O desafio, para os médicos, é identificar acuradamente a necessidade de cuidar da dor e usar as técnicas para seu controle.

Na verdade, há muito a ser feito nesta área do controle, administração e alívio da dor. O sofrimento sentido na fase terminal da doença é muito mais que físico. Ele afeta não somente o conceito de si próprio, mas também o senso global de sentir-se conectado com os outros e com o mundo. Este sofrimento psicossocioespiritual pode ser sentido como uma ameaça para o paciente em relação ao sentido de vida, perda de controle, enfraquecimento da relação com os outros, uma vez que o processo do morrer intensifica o isolamento e interrompe as formas ordinárias de contato com os demais. Os pacientes em estado terminal freqüentemente têm sentimentos de impotência, desesperança e isolamento. Assim, um plano adequado para lidar com este sofrimento psicossocioespiritual deve enfrentar esta realidade.

“Talvez o remédio mais eficaz em termos de cura seja a qualidade do relacionamento mantido entre o paciente e seus cuidadores, e entre o paciente e sua família. A qualidade curadora da relação terapêutica pode facilmente ser enfraquecida ou ameaçada quando reações emocionais (negação, raiva, culpa e medo) sentidas pelos pacientes, famílias ou cuidadores não são adequadamente trabalhadas. É claro que está no coração da relação terapêutica entre paciente e cuidadores o cuidado das necessidades de relação e sentido, bem como de uma comunicação honesta e verdadeira” (43).

Em suma, no contexto clínico, um cuidado adequado dos que estão morrendo procura respeitar a integridade do doente como pessoa, visando garantir que o paciente: a) será mantido livre da dor tanto quanto possível, de forma que o momento final seja marcado pela dignidade; b) receberá cuidados continuados e não será abandonado ou perderá sua identidade pessoal; c) terá tanto controle quanto possível em relação a decisões relacionadas com seu tratamento, e permissão de recusar as intervenções terapêuticas que apenas prolongam o processo do morrer; d) será ouvido como pessoa nos seus medos, pensamentos, sentimentos, valores e esperanças; e) terá a opção de morrer aonde desejar.

A força-tarefa do Estado de Nova York sobre a Vida e a Lei conclui o documento *Quando a morte é procurada: suicídio assistido e eutanásia no contexto médico* com as seguintes palavras: “O cuidado efetivo da dor exige um programa compreensível, como é exemplificado na filosofia dos cuidados de hospice. Os profissionais da saúde têm o dever de oferecer efetivo alívio da dor e palição para os sintomas dos pacientes quando necessário, de acordo com um julgamento médico apropriado e as abordagens mais avançadas disponíveis. O alívio da dor e dos sintomas da doença é uma contribuição poderosa para a qualidade de vida do paciente. Ele pode também apressar a recuperação e prover outros benefícios médicos. Os médicos e as enfermeiras têm uma responsabilidade ética e profissional para oferecer um cuidado efetivo da dor e dos seus sintomas. Esta responsabilidade deve ser entendida como central na arte

SIMPÓSIO

da medicina e dos cuidados médicos. O cuidado dos sintomas dolorosos sentidos pelo paciente não deve se restringir ao final da vida, nem deve ser um sinal de que os esforços curativos foram abandonados. Os cuidados paliativos devem ser compreendidos para incluir o controle dos sintomas em todos os estágios da doença”(44).

Vale a pena lembrar um dos principais lemas da medicina: *Sedare dolorem opus divinum est*, que traduzido para o português significa: “Aliviar a dor é uma obra divina”. Nesta missão de “aliviar a dor”, quer como profissionais ou simplesmente como seres humanos, vale a pena lembrar o livro da Bíblia, chamado *Livro de Jó*, considerado um dos clássicos da literatura universal. Seu personagem, Jó, sofre uma série de perdas, entre outras a saúde, os bens materiais e a própria família. Em meio a tantas perdas, ousa perguntar: “Por que Deus faz isto comigo?”

Na visão do rabino Harold Kushner, as palavras de Jó nem de longe contêm uma indagação de ordem teológica, elas são um grito de dor. (...) O que Jó queria de seus amigos – o que ele estava de fato pedindo com a pergunta “Por que Deus faz isto comigo?” – não era teologia, mas empatia. Não desejava que lhe explicassem Deus, tampouco estava querendo mostrar-lhes que sua teologia era falha. Ele queria somente dizer-lhes que era realmente um ser bom e que as coisas que estavam acontecendo eram terrivelmente trágicas e injustas. Mas seus amigos empenharam-se tanto em ser advogados de Deus que quase simplesmente esqueceram de

Jó, a não ser para observar, em forma de acusação e julgamento, que ele devia ter feito alguma coisa de muito ruim para merecer aquele destino nas mãos de um Deus justo. Sob o impacto de tantas perdas causadoras de sofrimento, Jó tentava desesperadamente manter sua auto-estima, a certeza de que era um homem bom e digno. A última coisa que desejava ouvir era que não vinha agindo bem (45).

Extrapolando a explicação cientificamente perfeita e o arrazoado teológico, a solidariedade marcada pela competência técnico-científica e humana é a chave do cuidado e sentido do “mistério” do sofrimento humano.

Considerações finais

Em suma, a questão da dor e do sofrimento humanos, numa perspectiva ética filosófico-teológica para além da dimensão “mistérica” portadora de difíceis interrogações existenciais não raramente sem respostas ao porquê, sempre exigem um cuidado que alie competência técnico-científica e humanismo. Um dos objetivos fundamentais da medicina, desde os tempos hipocráticos, é justamente minorar o sofrimento humano causado pelas doenças. Com o fantástico progresso da medicina *high tech*, chegou-se à ilusão de pensar que a gestão técnica da dor seria a solução, mas, independente de serem um problema de ordem técnica, a dor e o sofrimento situam-se na esfera ética e devem ser considerados nas suas várias interfaces, de ordem física, psíquica, social e espiritual. O desenvolvimento e implementação da

filosofia dos cuidados paliativos, que se constitui num clamor unânime de todas as partes envolvidas nesta discussão, é uma grande esperança para a real efetivação de um cuidado digno das pessoas que têm dor e sofrimento atroz causados por doenças.

A dor e o sofrimento humanos foram vistos no nível fenomenológico enquanto sintomas dolorosos, que exigem uma intervenção urgente e por vezes emergente de cuidados médicos e de toda a equipe de saúde. Não foi nosso objetivo trabalhar a teologia ou antropologia do sofrimento humano (46), chave preciosa para alcançar um horizonte de sentido numa perspectiva de ética. Lembramos, ao finalizar esta reflexão, uma preciosa afirmação antropológica da exortação apostólica *Salvifici Doloris*, ao afirmar que: “O sofrimento humano suscita compaixão, inspira também respeito e, a seu modo, intimida. Nele, efetivamente, está contida a grandeza de um mistério específico” (47).

Refletimos conclusivamente sobre o sentido desta afirmação. O sofrimento suscita compaixão, isto é, empatia traduzida em ação solidária e não somente uma exclamação anestesiadora de consciência: “que pena”, “que dó”. A indiferença, simplesmente, é um fator desumanizante que aumenta ainda mais a dor e o sofrimento. O sofrimento suscita respeito também. Em quem muito sofre acabamos por criar uma auréola de sacralidade. Uma criança que nasce com seríssimos problemas genéticos, por exemplo, os que a cuidam não se intimidam em dizer “é um(a) santinho(a)”. O sofrimento

igualmente nos infunde temor, medo, porque vemos como que num espelho nossa fragilidade, vulnerabilidade e mortalidade, dimensões de nossa existência humana que nem sempre gostamos de que sejam lembradas.

É procurando traduzir em gestos concretos o valor da pessoa humana em termos de autocuidado que estaremos melhor preparados para cuidar da vida, com humanismo e competência técnico-científica. Quem cuida do cuidador? Considerar a pessoa não simplesmente como um corpo, não reduzindo-a à biologia, pura e simplesmente, é um grande desafio. Uma visão holística, multi, inter e transdisciplinar, é imperiosa. O ser humano é um todo uno, um nó de relações. Ser gente é possuir corpo, é ter um psiquismo e coração, é conviver com os outros, cultivar uma esperança e crescer na perspectiva da fé em valores humanos.

É zelando, promovendo e cuidando desta unidade vulnerável pela dor e sofrimento que estaremos sendo instrumentos propiciadores de vida digna. Quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano do outro torna-se um radar de alta sensibilidade, se humaniza no processo e, para além do conhecimento científico, tem a preciosa chance e o privilégio de crescer em sabedoria. Esta sabedoria nos coloca na rota da valorização e descoberta de que a vida não é um bem a ser privatizado, muito menos um problema a ser resolvido nos circuitos digitais e eletrônicos da informática, mas um bem fundamental, um “mistério” e dom, a ser vivido prazerosamente e solidariamente partilhado com os outros.

SIMPÓSIO

RESUMEN

Humanización del dolor y sufrimiento humano en el contexto hospitalario

Este artículo busca realzar la importancia y la necesidad de la dimensión humana en el cuidado del dolor y sufrimiento humano en el ámbito de la salud, específicamente en el hospital. Hoy, se habla mucho y se reclama de la deshumanización de las instituciones de la salud. El hospital refleja esa problemática como un espejo, lo que de peor y mejor sucede en nuestra sociedad deshumanizada y deshumanizante. La humanización de esta institución pasa, obligatoriamente, también por la humanización de este universo mayor condicionante de la sociedad. En lo referente al cuidado digno del dolor y sufrimiento humano, el sistema de salud brasileño todavía está en una fase rudimentaria. Hay mucho por hacer en términos de operacionalización de políticas públicas relacionadas con el tema, como intervenir en el aparato formador de profesionales para crear una nueva cultura. En un contexto de creciente tecnificación del cuidado, es urgente el rescate de una visión antropológica holística, que cuide del dolor y del sufrimiento humano en sus varias dimensiones, o sea, física, social, psíquica, emocional y espiritual. Más allá de la difícil respuesta a la cuestión del “por qué” del dolor y sufrimiento, campo de las filosofías y religiones, el cuidado solidario, que coliga competencia técnico-científica y humana, en medio del dolor y sufrimiento del otro, es una oportunidad preciosa para dejar tocar nuestra sensibilidad y humanizarnos en el proceso

Unitermos: Bioética – sufrimiento humano, humanización hospitalaria – ética, dolor y sufrimiento humano – ética

ABSTRACT

A human approach to human pain and suffering in a hospital setting

This paper addresses the importance of a badly needed approach to the human dimension of efforts to alleviate the pain and suffering experienced in the context of healthcare in general and hospitals in particular. Many complaints and references are made these days to the dis-humanization of healthcare institutions. Nowhere else are these problems more clearly mirrored than at hospitals, revealing the best and the worst facets of our inhuman and dis-humanizing societies. Thus, the humanization of hospitals necessarily requires the humanization of society at large. With regard to a dignifying approach to human pain and suffering, the Brazilian health system is still at a very rudimentary stage. Much needs to be done to stimulate public policies on the issue, as well as to effect changes in the professional education apparatus intent on creating a new culture. In a context marked by the increasing technologization of medical care, it is imperative to restore a holistic anthropologic view of human pain and suffering, be it physical, social, psychological, emotional, or spiritual. In addition to answering the question of “why” people experience pain and suffering, a territory better covered by philosophy and religion, the one-to-one provision of care, mixing technical and scientific knowledge with human virtues in view of the pain and suffering of others, presents us with a precious opportunity to develop sympathy and become more human in the process.

Uniterms: Bioethics – human suffering, hospital humanization – ethics, human pain and suffering – ethics.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Branderburg AE. *Catedral*. In: Le Goff J, Schmitt JC. *Dicionário temático do ocidente medieval*. Bauru: Edusc/Imprensa Oficial do Estado, 2002.p.184.
2. Foucault M. *Microfísica do poder*. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.p.101.
3. Programa Nacional de Educação Continuada em Dor e Cuidados Paliativos para Profissionais de Saúde. *O Mundo da Saúde* 1988;1:55-62.
4. Figueiró JA. *A dor*. São Paulo: Publifolha, 2000.p.12.
5. Figueiró JA. *Op. cit.* 2000.p.45.
6. Programa Nacional de Educação Continuada em Dor e Cuidados Paliativos para Profissionais de Saúde. *Op. cit.* 1988.p.59.
7. Pimenta CAM, Koizumi MS, Teixeira J. *Dor no doente com câncer: característica e controle*. *Rev Bras Cancerol* 1997;43(1):21-44. Disponível em: http://www.inca.org.br/rbc/n_43/v1/artigo2_completo.html.



SIMPÓSIO

8. Carvalho MMMJ. *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus, 1999.
9. Illich I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.p.140.
10. Rodrigues JC. *O tabu da morte*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.
11. Pessini L. *Eutanásia e América Latina: questões ético-teológicas*. São Paulo: Santuário; 1990.p.21-71.
12. Catholic Health Association of the United States. *Care of the dying: a catholic perspective*. St.Louis: The Association, 1993.p.27-39.
13. Cassel EJ. *The nature of suffering and goals of medicine*. New York: Oxford University Press, 1991.
14. Callahan D. *Setting limits: medical goals in an aging society*. New York: The Hastings Center Institute, 1988.p.177.
15. Lepargneur H. *Antropologia do sofrimento*. Aparecida: Santuário, 1985.
16. Callahan D. *What kind of life: a challenging exploration of the goals of medicine*. New York: Simon and Schuster, 1988.p.143.
17. Callahan D. *Op.cit.* 1984.p.178.
18. Catholic Health Association of the United States. *Op.cit.* 1993.p.28-30.
19. Maret M. *L'euthanasie: alternative sociale et enjeux pour l'éthique chretienne*. Saint Maurice: Saint-Augustin, 2000.p.222.
20. Volich RM. *Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
21. Stepke FL. *Más allá del cuerpo: la construcción narrativa de la salud*. Santiago de Chile: Andrés Bello, 1999.
22. André BC. *Sofrimento: abordagem espiritual*. In: *Dicionário Interdisciplinar da Pastoral da Saúde*. São Paulo: Paulus Ed. Centro Universitário São Camilo, 1999.p.1262-70.
23. Giovanni H. *Sofrimento: abordagem bíblica*. In: *Dicionário Interdisciplinar da Pastoral da Saúde*. São Paulo: Paulus Ed. Centro Universitário São Camilo, 1999.p.1234-41.
24. Maggioni B. *Sofrimento: abordagem bíblica*. In: *Dicionário Interdisciplinar da Pastoral da Saúde*. São Paulo: Paulus Ed. Centro Universitário São Camilo, 1999.p.1241-5.
25. Cinà G. *Sofrimento: abordagem teológica*. In: *Dicionário Interdisciplinar da Pastoral da Saúde*. São Paulo: Paulus Ed. Centro Universitário São Camilo, 1999.p.1245-62.
26. Lepargneur H. *Sofrimento vivenciado fora da área cristã*. In: *Dicionário Interdisciplinar da Pastoral da Saúde*. São Paulo: Paulus Ed. Centro Universitário São Camilo, 1999.p.1291-4.

27. *Congregação para a doutrina da fé. Declaração sobre a eutanásia. São Paulo: Sedoc, 1980.p.13, 173-4.*
28. *The New York State Task Force on Life and the Law. When death is sought: assisted suicide and euthanasia in the medical context, 1994. Disponível em <http://www.health.state.ny.us/mysdoh/provider/death.htm> . Último acesso: agosto 2002.*
29. *Saunders C. Caring to the end. Nursing mirror 1980;4:43-7.*
30. *Saunders C. The evolution of the hospices. In: Mann RD, editor. The history of the management of pain: from early principles to present practice. s.l.: CRC Press, 1988: 167-78.*
31. *Smith R. Dying with dignith. Time 1988;set 12:31-2.*
32. *Catholic Health Association of the United States. Op.cit. 1993.p.29.*
33. *Organização Mundial da Saúde. O alívio da dor do câncer. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde Instituto Nacional do Câncer, 1997.*
34. *João Paulo II. O sentido cristão do sofrimento humano. Carta apostólica Salvifici Doloris. São Paulo: Paulinas, 1984.*
35. *Boff L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão da terra. Petrópolis: Vozes, 1999.*
36. *Boff L. Princípio de compaixão e cuidado. Petrópolis: Vozes, 2001.*
37. *Pessini L. O cuidado em saúde. O Mundo da Saúde 2000;24:235-6.*
38. *Volich RM. O cuidar e sonhar: por uma outra visão da ação terapêutica e do ato educativo. O Mundo da Saúde 2000;24:237-45.*
39. *Queiroz ZV. Cuidando do idoso: uma abordagem social. O Mundo da Saúde 2000;24:246-8.*
40. *Silva M. O cuidar do paciente terminal: questões éticas. O Mundo da Saúde 2000;24:272-7.*
41. *Silva MJP, Gimenes O. Eu: o cuidador. O Mundo da Saúde 2000;24:306-9.*
42. *Roselló FT. Ineludiblemente humano: hacia una fundamentación de la ética del cuidar. Labor Hospitalaria dos Irmãos de São João de Deus 1999;32(253):131-88.*
43. *Catholic Health Association of the United States. Op.cit. 1993.p.28-39.*
44. *The New York State Task Force on Life and the Law. Op. cit. 1994.p.158.*
45. *Kushner H. When bad things happen to good people. New York: Avon Books, 1983.p.88-91.*
46. *Lepargneur H. Antropologia do sofrimento. Aparecida: Santuário, 1985.*
47. *João Paulo II. Op. cit. 1984.p.7.*



SIMPÓSIO

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Callahan D. *The troubled dream of life: living with mortality*. New York: Simon and Shuster, 1993.
- Callahan D. *False hopes: overcoming the obstacles to a sustainable medicine*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1999.
- Callahan D. *What kind of life: a challenging exploration of the goals of medicine*. New York: Simon and Schuster, 1990.
- Carvalho MJ, organizador. *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus, 1999.
- Cassel EJ. *The nature of suffering and the goals of medicine*. New York: Oxford University Press, 1991.
- Cassel EJ. *The place of the humanities in medicine*. New York: The Hastings Center, 1984.
- Cassel EJ. *The Sorcerer's Broom: medicine's rampant technology*. *Hasting Center Report* 1993;23(6):32-6.
- Cassel EJ. *Pain and suffering*. In: Reich WT, editors. *Encyclopedia of bioethics*. New York: Macmillan, 1995.p.1897-1905.
- Catholic Health Association of the United States. *Pain management: theological and ethical principles governing the use of pain relief for dying patients*. *Health Progress* 1993 jan/fev:30-9.
- Pessini L. *Morrer com dignidade: até quando manter a vida artificialmente?* 4 .ed. Aparecida: Santuário, 1994.
- Pessini L. *Distanásia: até quando investir sem agredir?* *Bioética* 1996;4:31-43.
- Pessini L. *O idoso e a dignidade no processo de morrer*. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Neto M, organizadores. *Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 1996.p.427-35.
- Pessini L. *Distanásia: até quando prolongar a vida?* São Paulo: Centro Universitário São Camilo Loyola, 2001.
- Pessini L, Barchifontaine CP. *Problemas atuais de bioética*. 5.ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo Loyola, 2000.
- Saunders DC. *Pain and impending death*. In: Wall P, Melzack R, organizador. *Textbook of pain*. Churchill: Livingstone, 1984.p.472-8.
- Saunders DC. *A response to logue's: where hospice fails, the limits of palliative care*. *OMEGA-Journal of Death and Dying* 1996;1(32):2-5.
- Saunders DC. *The evolution of the hospices*. *Free Inquiry* 1992;1(12):19-22.
- Saunders DC. *Into the valley of the shadow of death: a personal therapeutic journey*. *BMJ* 1996;313:1599-601.
- Saunders DC. *Some challenges that face us*. *Palliative medicine* 1993;7(Suppl):77-83.
- Saunders DC. *Beyond the horizon: a search for meaning in suffering*. London: Darton-Longman Todd, 1997.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

*Av. Nazaré, 1501
Ipiranga
CEP: 04263-200
São Paulo - SP - Brasil
E-mail: pessini@scamilo.br*