

PHILOSOPHICA

FILOSOFIA E MEDICINA
SOBRE DOR E SOFRIMENTO



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

Departamento de Filosofia
Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa
Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa

52 • 2018

A "BOA MORTE" DE BACON

*António Lourenço Marques*¹
(Médico)

Introdução

No panorama português, os cuidados paliativos experimentam ainda um subdesenvolvimento significativo, nomeadamente, na desigualdade no acesso, com várias manchas do território em branco, e na falta de recursos profissionais específicos, sendo mais gritante a carestia em pessoal médico. Com uma primeira experiência portuguesa deste domínio, verificada num hospital público, em 1992, vinte e cinco anos depois da criação dos Cuidados Paliativos a nível mundial (Reino Unido, 1967), estes têm-se implantado, lentamente, no nosso país. Entretanto, iniciativas no Parlamento português, no sentido de se implantar a eutanásia, tiveram, em 2018, um debate acalorado, saldando-se, no entanto, pela reprovação, embora com as duas posições – pró e contra – numericamente muito aproximadas. Forças políticas relevantes na Assembleia da República prometeram voltar à carga pela aprovação, apesar de a eutanásia não ser aceite na quase totalidade dos países do mundo e ser evidente o défice na cobertura geral da população portuguesa em cuidados paliativos.

Francis Bacon, no início do século XVII, utilizou a mesma palavra – eutanásia – quando preconizou que os médicos deviam “procurar para o doente, quando não há mais esperança, uma morte doce e pacífica”. A palavra em causa veio, no entanto, a partir do século XIX, a assumir um

1 Médico; chefe de serviço hospitalar de anesthesiologia (jubilado); competência em medicina paliativa pela Ordem dos Médicos; antigo professor associado convidado da FCS – UBI.
almargom@gmail.com.

outro significado determinante: a morte intencionalmente provocada, para, pretensamente, ser a garantia de uma “boa morte”. Ora, tal desvio poderá considerar-se compatível com a evolução da medicina no que diz respeito ao seu compromisso com os doentes, no qual se inscreve a “boa morte” como acontecimento que deve procurar atingir-se, utilizando boas práticas? Quais são, então, essas práticas e como lida a medicina com os casos difíceis é o tema principal deste artigo.

A “eutanásia” de Francis Bacon

Embora o termo eutanásia já tivesse sido utilizado, anteriormente, por Suetônio (século I da nossa era), na obra *Vida dos doze Césares*², foi Francis Bacon (1561-1626) o autor que o utilizou pela primeira vez, na história moderna, e com um sentido preciso: a “boa morte” como resultado da ação médica. No livro *De dignitate et augmentis scientiarum libri novem*, o filósofo inglês aborda o assunto da seguinte forma:

Eu diria que o ofício do médico não é apenas o de restaurar a saúde, mas também suavizar as dores e sofrimentos associados às doenças; e isto não apenas na medida em que esta suavização da dor, considerada como um sintoma perigoso, contribui e conduz à convalescença, mas também para proporcionar ao doente, quando não há mais esperança, uma morte suave e pacífica; porque não é uma parte menor da felicidade esta eutanásia (que Augusto desejava muito para si próprio)³.

Bacon reprova, na sequência desta afirmação, o abandono dos doentes, e diz:

Mas no nosso tempo os médicos parecem ter feito uma lei para abandonarem os doentes assim que estes cheguem ao fim da vida; na minha opinião, se eles fossem ciosos de não falharem o seu dever nem por consequência

2 Escreveu Suetônio: “Morreu de repente (Augusto) entre beijos de Livia e com estas palavras: ‘Livia, vive lembrando o nosso casamento. Adeus!’”. Coube-lhe em sorte um fim fácil, tal como sempre o desejara; de todas as vezes que ouvia dizer que alguém falecera rápido e sem sofrimento, rogava por uma semelhante ‘eutanásia’ – era esta a palavra que usava – para si e para os seus”. (Suetônio, *O Divino Augusto*, trad. Agostinho da Silva, Livros Horizonte, 1975, p. 89).

3 François Bacon, *Oeuvres Philosophiques, Morales et Politiques*, Paris, MDCCCXXXVI, p. 113 (As citações aqui indicadas foram traduzidas pelo autor deste artigo. Esta edição monumental em francês das obras de Francis Bacon reúne as traduções de La Salle, Dufey filho, Guy, Collet e Buchon a partir dos textos originais em inglês ou latim).

à humanidade, e mesmo para aprenderem a sua arte mais profundamente, eles não poupariam nenhum cuidado para ajudar os moribundos a sair deste mundo com mais suavidade e de forma mais fácil⁴.

A clareza do texto de Bacon não deixa dúvidas sobre a orientação que na época da revolução científica (transição para o séc. XVII e a seguir) se pretendia para a medicina, nesta área. Trata-se de uma inflexão específica no sentido médico quanto à doença incurável e terminal⁵. Hipócrates havia preceituado que nos casos de prognóstico mortal o médico devia “abster-se da continuidade de um tratamento, pois, se ele ainda tratasse de um doente e este morresse, isso poderia ser interpretado por outros como um fracasso médico”⁶. O uso extensivo do prognóstico hipocrático, que também procurava, como se vê, proteger a reputação do médico, tinha, no entanto, como principal finalidade “determinar racionalmente quais os doentes que deviam ser tratados e aqueles que deviam ser deixados sós”⁷. O princípio *primum non nocere* era aqui aplicado com rigor. Uma intervenção inútil era considerada como causadora de dano. Além disso, a fama ganhava-se “não tentando tratar doentes incuráveis sem esperança”⁸. Diz Hipócrates, concretamente: “Quanto à medicina, que é o assunto em causa neste texto, eu pretendo demonstrar o que ela é. Começarei por defini-la tal como eu a concebo. A medicina é uma arte que cura as doenças, ou que apazigua as dores; e que não se envolve perante aqueles que o mal levou a um estado de incurabilidade”⁹. E ainda: “É preciso, em todos os casos, aprender a conhecer o prognóstico: é o meio de obter uma justa admiração e de merecer o nome de bom médico”¹⁰.

A tradição longa na medicina era, pois, o médico não atuar quando prognosticava a doença como incurável e que, inexoravelmente, levava à morte. Esta atitude de desobrigação do médico percorre a história da medicina ocidental até tempos muito recentes e não estará talvez abolida, dependente que está também do progresso moral da própria sociedade. No

4 *Ibid.*, p. 114.

5 Paula la Marne, “Euthanasie”, in Dominique Lecourt, dir., *Dictionnaire de la pensée médicale*, PUF, 2004, p. 458.

6 Hartmut Kress, *Ética médica*, Edições Loyola, 2008, p. 328.

7 Paul Carrick, *Medical Ethics in Antiquity*, D. Reidel Publishing Company, 1985, p. 154.

8 *Ibid.*, p.154.

9 Hippocrates, "De l'Art", in *Traduction des Oeuvres de Hippocrate*, Tome second, A Toulouse Chez Fages, MDCCCI, pp. 184-185 (tradução das citações pelo autor deste artigo).

10 Hippocrates, "Prognostics", in *Traduction des Oeuvres de Hippocrate*, Tome premier, p. 30.

século XVIII, por exemplo, o cirurgião português, António Francisco da Costa (? – 1793), ao descrever o caso de um doente que vai morrer na sequência de uma ferida penetrante do tórax, que tinha evoluído desfavoravelmente durante vários dias, escreveu: “achou o Medico o pulso tardo, e irregular, e retirando-se sem dar ordem alguma, ficámos nós sendo testemunha daquele triste e funesto espectáculo”¹¹. Em 1992, quase no limiar do século XXI, ainda em Portugal, foi relatado, na imprensa, o caso de um doente, com um cancro incurável exposto, abandonado no domicílio sem qualquer assistência profissional, depois de lhe ter sido aplicado o funesto ditame de “não haver mais nada a fazer”¹². Este caso teve influência na abertura da primeira Unidade de Cuidados Paliativos portuguesa¹³. O argumento de Bacon atalhava este rumo. Os médicos deviam “aprender a sua arte mais profundamente” para ajudarem os doentes que iam morrer. Ele vislumbrou assim o papel verdadeiro da medicina, avanço que só veio a verificar-se, já no século XX adiantado, com a formação final da medicina paliativa.

A medicina atual e a questão da boa morte

Entre os vários objetivos da medicina encontram-se “a promoção da saúde; a prevenção e a cura da doença; e o alívio dos sintomas, da dor e do sofrimento”¹⁴. A medicina destinada à cura é apenas uma parte de todo o edifício da arte. O tratamento da dor e dos outros sintomas da doença incurável, e a solução das diversas questões então produzidas, tanto no terreno psicológico, como nos terrenos social e espiritual, obrigando à entrada em cena de uma equipa profissional multidisciplinar, são o *modus faciendi* da medicina paliativa. O *ethos* médico hipocrático antigo, como vimos, dispensava o médico de intervenção na doença incurável. Foi no início da modernidade, na “iluminação” pela ciência, que o foco da medicina se orientou da doença, não como algo com existência livre e autónoma,

11 António Francisco da Costa, *Algebrista Perfeito*, Lisboa, Na Officina de Manoel Coelho Amado, MDCCL, p. 18.

12 Fernando Paulouro Neves, “Hospitais mandaram-no embora”, in: *Jornal do Fundão*, maio 1992. (<http://www.historiamedicinapaliativa.ubi.pt/pdfs/jornais%20fundao/jornal dofundao.pdf>), acedido em 6 de agosto de 2018.

13 Isabel Galriça Neto, “Palliative care development is well under way in Portugal”, in *European Journal of Palliative Care*, 2010; 17(6), p. 278.

14 Albert R. Jonsen, Mark Siegler e William J. Winslade, *Ética Clínica*, McGraw-Hill, 1998, p. 16.

mas sim vinculado à complexidade total do ser humano. Francis Bacon prendeu o papel dos médicos ao acontecimento final da vida, com o dever de o suavizarem através de “cuidados e ajuda”. Sobre a “boa morte” – a eutanásia – ele operou uma mudança de estatuto, elevando-a à pertença da ética médica¹⁵: um compromisso dos médicos no acompanhamento dos doentes moribundos, não só, humano, mas também com intervenção técnica. O progresso científico posterior amadureceu, mas a um ritmo díspar do progresso social e moral da humanidade, embora, obviamente, com interdependências mútuas. Se hoje a medicina se encontra já num elevado grau de aperfeiçoamento no que respeita à abordagem da doença incurável e mortal, até ao fim da vida do doente vítima dessa doença, a sua assunção social e política plena, indispensável para que a medicina apropriada seja disponibilizada universalmente, ainda não se verifica.

A Organização Mundial de Saúde, em 2002, definiu os cuidados paliativos como “uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e suas famílias confrontados com os problemas decorrentes da presença de doença ameaçadora da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, utilizando os meios necessários para a identificação precoce, a avaliação e o tratamento impecáveis da dor e dos outros problemas físicos, psicossociais e espirituais”¹⁶. Os cuidados paliativos proporcionam alívio ou anulação da dor e dos outros sintomas aflitivos; afirmam a vida e consideram o morrer como um processo normal; e não procuram apressar nem prolongar a ocorrência do momento final¹⁷. Facilitam ainda o ajustamento às múltiplas perdas derivadas das doenças avançadas e terminais; favorecem a resolução de pendências e planos inacabados; valorizam a vida presente; e dignificam a morte, procurando atingir o mínimo de angústia que lhe esteja associada, respeitando ainda a escolha do doente quanto ao lugar onde este quer viver os seus últimos dias¹⁸. Como se concretizam estes benefícios? Com qualidade de cuidados ministrados à unidade: doente/família; proporcionando uma variedade de serviços que tornem possível os cuidados apropriados, onde quer que o doente se encontre – no domicílio, em lar, no hospital, ou em unidades e serviços com esse fim; educação, conselhos e suporte, incluindo aos profissionais envolvidos; uma prática

15 Paula la Marne, *op.cit.*, p. 458.

16 Elizabeth Davies, Irene j. Higginson, edit., *Better palliative care for older people*, World Health Organization, 2004, p. 14.

17 *Ibid.*, p. 14.

18 Christina Faull, “The History and Principles of Palliative Care”, in Christina Faull, Yvonne Carter & Richard Woof, eds. *Handbook of Palliative Care*, Blackwell Science, 2000, p. 3.

baseada na evidência; investigação; e avaliação sistemática dos resultados, para corrigir falhas e poder progredir¹⁹.

O bom controlo de sintomas é um dos aspetos cruciais para a obtenção de resultados satisfatórios. Para tal é necessário ter em vista: a sua antecipação, perante cada caso em que potencialmente possam ocorrer; a avaliação rigorosa e sistemática; uma informação de qualidade; um tratamento individual e multidisciplinar, utilizando todos os recursos da arte; e uma real preocupação pelo detalhe. Um sintoma pode ser mais difícil de tratar se se intervém numa fase já tardia do seu início. Pior ainda se se privar do tratamento, ou se houver uma abordagem inadequada, que pode dever-se, por exemplo, à descontinuidade dos cuidados ou a imperícia profissional. A dor, por exemplo, nestas condições, pode ficar refratária, isto é, sem possibilidade de tratamento convencional. Uma boa informação sobre o que se passa e sobre as soluções possíveis, ajustada e respeitando a idiosincrasia do doente, pode ter efeitos extraordinários. Não ignorar um detalhe, como por exemplo, ter um plano, do conhecimento do doente e dos cuidadores, para responder a uma emergência potencial naquele caso concreto, pode ser a diferença entre o drama e a serenidade pretendida.

A consciência de a dor poder ter uma presença séria em alguns casos de doença avançada foi determinante nos primeiros passos que levaram ao avanço da medicina paliativa. A dor representa um dos maiores óbices que pode interpor-se na procura de uma boa morte. Daniel Callahan, num capítulo de uma sua obra sobre o envelhecimento, quando discorre sobre a possibilidade da “morte tolerável”, vista dentro de um modelo familiar a muitas culturas, nas quais existe a crença de “a morte no final de uma vida larga e plena não constituir um mal, ou que, na realidade, tem algo de oportuno e estabelecido”, realça: “Eu acrescentaria uma condição final ao que podemos chamar uma morte tolerável: a de que não esteja marcada por uma dor intolerável e degradante”²⁰.

Cicely Saunders (1918-2005), a pioneira a quem se deve a inovação dos cuidados paliativos, num texto de 1959, publicado na revista *Nursing Times*, esclarece: “Não é tanto a morte em si mesma, mas o processo real de morrer que a maioria das pessoas teme; no entanto, a realidade quando chega é quase sempre indolor e pacífica. A dor mental e física usualmente recua nos poucos dias antes da morte e quase sempre nas últimas horas”²¹.

19 *Ibid.*, p. 4.

20 Daniel Calahan, *Poner limites*, Triacastala, 2004, p. 91.

21 Cicely Saunders, “When a Patient is Dying” (1959), in: *Selected writings 1958-2004*, Oxford University Press, 2006, p. 17.

E refletindo sobre a eutanásia (como morte escandalosamente provocada), Saunders é determinante: “Mas devemos fazer tudo o que está ao nosso alcance para remover a dor, um agulhão da morte”²². Os primeiros textos fundamentais da investigação de Cicely Saunders sobre o processo do morrer, em doentes com cancro, focam, em particular, o tratamento da dor, utilizando “velhas drogas”, como a morfina e outras. No artigo “Dying of Cancer”, publicado na *St Thomas’s Hospital Gazette*, em 1958, onde mostra os resultados satisfatórios obtidos, deplora, sim, o facto de “muitos doentes se sentirem desamparados pelos seus médicos no final da vida”²³.

A Organização Mundial de Saúde, antes de produzir normas sobre os cuidados paliativos, o alívio da dor e dos outros sintomas no doente terminal,²⁴ desenvolveu, a partir de 1982, as diretrizes para o tratamento da dor crónica. A primeira publicação, sobre este tema, apresentada a nível mundial, data de 1986²⁵. O progresso no tratamento da dor pode considerar-se um dos grandes sucessos da medicina atual. No caso da dor relacionada com o cancro avançado e incurável, a dor mais temível, que atinge cerca de 90% de todos estes doentes, é possível um bom controlo em 88% dos casos²⁶. No entanto, muitos doentes não beneficiam deste aperfeiçoamento. “Muitas pessoas vivem e morrem alheios ao conforto e à dignidade que é possível alcançar para a grande maioria dos doentes”²⁷. São mais excluídos os indivíduos pertencentes a minorias étnicas (dificuldades de comunicação devido à linguagem, insensibilidade cultural, xenofobia, etc.). Os conhecimentos e a perícia dos profissionais na disciplina dos cuidados paliativos são absolutamente imprescindíveis, para os bons resultados, bem como a integração dos serviços correspondentes, no sistema nacional de saúde de cada país.

22 Cicely Saunders, *The Management of Patients in the Terminal Stage* (1960), op. cit., p. 34.

23 Cicely Saunders, *Dying of cancer* (1958), *ibid.*, p. 11.

24 World Health Organization, *Symptom relief in terminal illness*, Geneva, 1998.

25 World Health Organization, *Cancer pain relief*, Geneva, 1986.

26 Richard Payne and Judith A. Paice, “Cancer Pain Clinical Guidelines for Clinicians and Patients: Rationale, Barriers to Implementation, and Future Directions”, in *Assessment and Treatment of Cancer Pain*, IASP Press, 1998, p. 17.

27 Christina Faull, Yvonne Carter, Richard Hoof, ed. *Handbook of Palliative Care*, p. 6.

Os casos difíceis

A medicina paliativa destina-se, pois, a resolver o problema do desconforto físico com origem na doença e a não abandonar o doente no sofrimento. Não o deixar desamparado. E este papel tem, naturalmente, ainda maior relevância nas situações mais difíceis ou mais dificilmente controláveis. A morte, no entanto, nem sempre está associada a um sofrimento inatural. Estima-se que cerca de 90% de todos os falecimentos passam por um processo relativamente natural, que não exige intervenções complexas para aliviar o sofrimento implícito²⁸. A morte é um acontecimento que faz parte da normalidade biológica. “É um fenómeno biológico, como o nascimento, a puberdade e o envelhecimento”²⁹. Poderia então ser sempre um fenómeno “tremendo”? Tolstoi, na novela que narra a morte de Ivan Ilich, que é um caso de morte por doença natural, não deixa de referir que o moribundo, próximo do falecimento “bruscamente sentiu com clareza que aquilo que o atormentava e o oprimia se dissipava, abandonando-o por todos os lados ao mesmo tempo.” (...) “Eis a morte o que é – disse de repente em voz alta. – Que alegria!”³⁰

A medicina paliativa bem aplicada, potencialmente, alivia os sintomas na maioria dos doentes. Existem, no entanto, situações em que aqueles se tornam refratários, isto é, deixam de poder ser “adequadamente controlados apesar dos esforços enérgicos para identificar um tratamento tolerável que não comprometa a consciência”³¹. Dor, dispneia, ansiedade e agitação com delírio estão entre os sintomas mais comuns de doentes com cancro que se aproximam do fim da vida. O tratamento apropriado, em cada circunstância, é aquele que tem em consideração a vontade do doente, o objetivo pretendido, e os padrões médicos em uso. “No geral, a prevalência de sintomas refratários (doentes com cancro) que necessitam de sedação varia de 10% a 50%, com uma estimativa mediana de 20% a 30%”³². A sedação paliativa não é uma medida atípica, mas corresponde a um ato médico com indicações próprias, obedecendo aos mesmos princípios das decisões

28 Michel Cavey, *L'Euthanasie*, Paris, L'Harmattan, 2004, p. 12.

29 Jankélévitch, *La Mort*, Paris, Flammarion, 1977, p. 5.

30 Tolstoy, “A morte de Ivan Ilich”, trad. Maria Clarinda Brás, in *Obras completas*, Sétimo volume, Editora Arcádia, 1972, p. 66.

31 Pauline Lesage, An approach to ethical issues, in: Neil MacDonald, ed., *Palliative Medicine a case based manual*, Oxford University Press, 1998, p. 262.

32 N. I. Cherny, “ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation”, in *Annals of Oncology* 25 (Supplement 3), 2014, p. 144.

mais complexas em medicina: abordagem multidisciplinar, objetivos bem definidos, decisão de grupo, exclusão segura de outras alternativas eficazes que não alteram a consciência e, claro está, consentimento do doente ou dos seus representantes. A sedação paliativa é, no entanto, uma medida de último recurso, perante os sintomas refratários, associados às doenças graves e terminais, que causam um sofrimento severo, tornado insuportável e danoso para a vida. É realizada através da administração de medicamentos tranquilizantes, seguros, por profissionais habilitados e em ambientes com vigilância permanente. O efeito é a indução de um estado de diminuição da consciência, que pode ir até à inconsciência, com as consequências inevitáveis no relacionamento pessoal, na comunicação e na vivência. A intenção da sedação paliativa é aliviar a gravidade do sofrimento, quando atinge um grau intolerável, nos doentes terminais, quando não há outras possibilidades de intervenção, e faz-se de maneira que as sensibilidades morais do doente, dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado, da família e das pessoas mais próximas, sejam preservadas e respeitadas³³.

A discussão sobre esta opção, para obter o consentimento, é muito importante com o doente, se estiver competente e estiver interessado em tal discussão, e/ou com os seus representantes. Muitas vezes, é preferível ser com os familiares, se for essa a indicação do doente, uma orientação que pode fazer parte do planeamento inicial dos cuidados. A sedação paliativa pode também estar prevista no testamento vital.

Dentro do processo do morrer, se o sofrimento for grave, e não for possível a obtenção do consentimento, a sedação paliativa “deve ser considerada a prática padrão e, portanto, incluir-se na estratégia padrão para as decisões de tratamento do clínico”³⁴.

Embora os dados existentes ainda sejam limitados “mostram que nem a administração de sedação paliativa nem o grau de sedação aceleram a morte em doentes que estão em estado terminal”³⁵.

O alívio dos sintomas psicológicos e do sofrimento existencial não obedece às mesmas regras dos sintomas físicos refratários, quanto à utilização da sedação paliativa, uma vez que não é possível estabelecer, com a mesma segurança, essa eventual condição de resistência aos tratamentos comuns. Enfrentar a condição de ser mortal pertence aos recursos biológicos dos indivíduos, sendo a adaptação uma resposta natural que pode ser esperada. E a psicoterapia, o apoio espiritual e a eventual realização

33 *Ibid.*, p. 145.

34 *Ibid.*, p. 146.

35 *Ibid.*, p. 144.

pessoal de pendor religioso podem ajudar a tornar suportáveis tais manifestações, facto que não acontece nos sintomas físicos refratários. A sedação, nestas situações de ansiedade, depressão e sofrimento existencial, está reservada para indivíduos em fase muito avançada da doença, em contexto de internamento hospitalar, e depois de repetidas avaliações por médicos e outros profissionais especializados em atendimento psicológico, que validem a condição refratária³⁶.

A sedação paliativa é um procedimento que não se confunde com a eutanásia. A eutanásia tem como fim provocar a morte do doente, e a sedação paliativa intervém, pelo contrário, sobre os sintomas e o sofrimento, sendo os medicamentos usados de acordo com as regras da farmacologia, em doses proporcionais à intensidade do sintoma dominante, e nunca com doses letais. É também um procedimento reversível. O sucesso da eutanásia é a morte do doente, enquanto que o sucesso da sedação paliativa é medido pelo grau de obtenção de conforto do doente vivo, num processo em que a morte está prevista, mas como resultado da própria doença. Inclusivamente, “a descontinuidade da hidratação e/ou da nutrição não é um elemento essencial para a administração de sedação no tratamento de sintomas refratários”³⁷. Isto é, os problemas da hidratação e da nutrição (como é a sua descontinuidade, que sempre se verifica no processo de morrer) não são consequência da prática da sedação, mas fazem parte da evolução natural da doença na sua fase final, e a sua suspensão ou intermitência não se traduz por sintomas específicos ou por sofrimento acrescido.

Sendo um último recurso para tratar sintomas refratários, a sedação paliativa tem assim uma utilização restrita. Mas, como tudo em medicina, obedece às mesmas regras gerais: ser um procedimento apropriado nas indicações previstas, isto é, estar de acordo com a arte; representar um bem, na medida em que pretende o bem do doente; e justo porque pode ser generalizado a toda as pessoas nas mesmas situações. A acusação de na medicina paliativa existir eutanásia “escondida” na sedação não tem qualquer sentido. Se essa incriminação se refere a abusos, estes são sempre condenáveis, intoleráveis e causadores de dano, e não pertencem à medicina.

36 Cherny NI, Radbruch L, “European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care”, in: *Palliative Medicine*, 2009, 23 (7), p. 588.

37 *Ibid.*, p. 149.

Conclusão

O alívio do sofrimento, associado ao processo de morrer, que pode permitir a experiência de uma boa morte, inclui-se nos objetivos da medicina. O controlo dos sintomas da doença grave avançada pertence ao campo específico da medicina paliativa. Há, naturalmente, limites para se atingir sempre um controlo satisfatório dos sintomas difíceis e do sofrimento. Os sintomas refratários, nomeadamente, a dor, são uma realidade, por vezes, até ofensiva, na medida em que podem ser consequência de intervenções inapropriadas, ou mesmo da ausência dos tratamentos indicados. A sedação paliativa, ou sono induzido, é um recurso standard que permite aliviar o sofrimento presente nos sintomas refratários e intoleráveis.

Estas situações são certamente as mais difíceis e a prova atinge todos os elementos envolvidos, incluindo a equipa profissional. De um valor incalculável e insubstituível é o envolvimento contínuo da equipa, onde se incluem os profissionais de saúde e os familiares. Ninguém pode abandonar o doente.

RESUMO

A eutanásia ou “boa morte” passou, no início do século XVII, a integrar o domínio da ética médica através do filósofo inglês, Francis Bacon. Ele preconizou que a eutanásia, como “morte doce e pacífica” dos doentes, devia ser procurada pelos médicos, com os seus cuidados, e reprovou o abandono a que eram votados, no costume que vinha da tradição hipocrática. A palavra eutanásia sofreu alteração do seu sentido baconiano, no século XIX, quando passou a significar a morte provocada, intencionalmente, como via para alcançar a “boa morte”. A medicina paliativa representa, porém, a concretização da medicina actual quanto ao compromisso de não abandono dos doentes terminais, e à procura efetiva de uma boa morte, através de cuidados, tal como Francis Bacon defendeu.

Palavras-chave: Francis Bacon – eutanásia – boa morte – medicina paliativa – sedação.

ABSTRACT

Euthanasia or “good death”, in the early seventeenth century, became part of the field of medical ethics through the English philosopher, Francis Bacon. He advocated that euthanasia, as “sweet and peaceful death” of the sick, should be sought by the physicians, with their care, and disapproved the abandonment, as

determined by the Hippocratic tradition. The word euthanasia underwent a change in its Baconian sense, in the nineteenth century, when it came to mean death intentionally provoked as a way to achieve “good death.” Palliative medicine, however, represents the realization of current medicine regarding the commitment not to abandon the terminally ill, and to the effective search for a good death through care, as Francis Bacon defended.

Keywords: Francis Bacon – euthanasia – good death – palliative medicine – sedation.

EDITORIAL

ARTIGOS

AT THE HEART OF A DECISION IS A NARRATIVE

R. M. Zaner

AGONIA E RAZÕES PARA AGIR: UMA CRÍTICA A PARFIT

Pedro Galvão

A PROPÓSITO DA NATURALIZAÇÃO DA DOR NA OBRA DE FILIPE MONTALTO

Manuel Silvério Marques e José Morgado Pereira

AS MEDITAÇÕES SOBRE AS LÁGRIMAS E O CHORO DE JOHAN FRIEDRICH SCHREIBER

Palmira Fontes da Costa

REDESCOBRIR A SAÚDE QUE NUNCA SE PERDEU. DOENÇA, SOFRIMENTO E CURA NO BUDISMO

Paulo Borges

COMPREENDER A DOR. A PROPÓSITO DE UM CASO DE ANOREXIA NERVOSA CRÓNICA

Dulce Bouça

O PASSO DO ABISMO: O DESVIVER, A AGONIA E A MORTE DIGNA

Manuel Silvério Marques

A “BOA MORTE” DE BACON

António Lourenço Marques

SEDAÇÃO PALIATIVA, PERSPETIVA DE UM CLÍNICO

Madalena Feio

ENSAIOS

LA RESPUESTA AL PROBLEMA DEL NO-SER EN LA METAFÍSICA DE ARISTÓTELES

Maria Carmen Segura Peraita

GRAMSCI E I QUADERNI: FILOSOFIA DELLA PRASSI E IMMANENZA TRA MATERIALISMO E IDEALISMO

Luca Onesti

PRÉMIO PROF. DOUTOR JOAQUIM CERQUEIRA GONÇALVES PARA ALUNOS

DO 1.º CICLO/ CURSOS DE LICENCIATURA (Edição de 2018)

KANT NO JARDIM DO NÃO SEI QUÊ. NOTAS AO PARÁGRAFO §49

DA CRÍTICA DA FACULDADE DO JUÍZO

João Maria Carvalho

DISSERTAÇÕES

LUDO-ESTÉTICA

Pedro Miguel Celestino Pereira

RECENSÕES

*THOMAS P. KASULIS, ENGAGING JAPANESE PHILOSOPHY:
A SHORT HISTORY, HONOLULU, UNIVERSITY OF HAWAII PRESS, 2018*

Ricardo Santos Alexandre

*INSTRUÇÕES AOS AUTORES – NORMAS DE PUBLICAÇÃO
INSTRUCTIONS TO AUTHORS – PUBLICATION PROCEDURES*



Patrocínios

