

MEMÓRIAS DA ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA

CLASSE DE CIÊNCIAS

A Esperança em Medicina

HENRIQUE VILAÇA RAMOS



ACADEMIA DAS CIÊNCIAS
DE LISBOA

LISBOA • 2026

Título: A Esperança em Medicina

Edição: Academia das Ciências de Lisboa

Data de edição: 2026

DOI: _____

A Esperança em Medicina

HENRIQUE VILAÇA RAMOS¹

RESUMO

Este artigo analisa o papel da esperança na medicina, distinguindo-a do otimismo e caracterizando-a como uma expectativa realista, orientada para objetivos e apoiada na capacidade de ação. Apresenta evidências da sua associação a melhores resultados de saúde física e mental, maior adesão terapêutica e maior resiliência perante a doença. Examina também os mecanismos psicobiológicos e anatómicos envolvidos, nomeadamente os sistemas de recompensa, a ação de neurotransmissores e o efeito placebo. Defende-se a integração da esperança nos cuidados de saúde, através da identificação dos objetivos e receios do doente e da definição de percursos realistas. Por fim, abordam-se os desafios bioéticos do equilíbrio entre a comunicação da verdade, o respeito pela autonomia e a preservação de uma esperança realista.

1. INTRODUÇÃO

A esperança é um tema que se sabe ter sido abordado desde a antiga Grécia. Nos romanos, atribui-se a Cícero uma frase que tem a concisão e elegância que lhe eram próprias: “*dum spiro, spero*”, enquanto respiro, espero, tenho esperança, que corresponde à popular máxima atual “enquanto há vida, há esperança”.

O tema da esperança tem interessado cultores de diversos domínios, da ética à psicologia e da literatura à teologia.

Uma das áreas em que o papel da esperança é mais relevante é precisamente a medicina, porque é na doença que o homem tem um dos seus maiores confrontos, o confronto com o problema do sofrimento e da sua superação. Contudo, o tema é pouco examinado ou mesmo ignorado no mundo médico. Sintomático disto mesmo é o célebre tratado de medicina interna de Harrison (Braunwald et al., 2001), que até há pouco serviu de base ao exame de acesso dos médicos às especialidades. Pois bem, **este tratado unanimemente consagrado, ignora** completamente o assunto ao longo dos seus milhares de páginas.

E, no entanto, a esperança é assunto muito importante do ponto de vista dos doentes.

¹ Academia das Ciências de Lisboa.

Sirva de exemplo o testemunho de uma doente, com cancro da mama metastizado. Lastimava ela que, estando em tratamento há 24 anos e tendo sido acompanhada por um numeroso grupo de médicos, só um conversava habitualmente com ela sobre a esperança (Rosenberg et al., 2021, p. 1259). E outra acrescentava que isso fora tão importante como as suas competências, intervenções ou tratamentos.

2. CONCEITO

Entrando então no tema: que entendemos quando se fala de esperança? A palavra é ambígua, porque reconhece dois significados distintos.

O significado mais corrente tem conteúdo sobretudo emocional, sobreponível afinal ao otimismo, isto é, àquela disposição geral do espírito que leva a ver toda a realidade futura como positiva (Barbosa et al., 2026), a perspetiva de quem diz “vai correr tudo bem”. Esta sobreposição com o otimismo leva até a usar os dois termos como sinónimos, inclusive na literatura científica. Não se pode desvalorizar o papel do otimismo, desta esperança geral, nomeadamente na medicina.

Ainda que não tenha qualquer domínio sobre os acontecimentos, o otimista não duvida que o resultado final seja positivo. Mas este otimismo, esta esperança genérica, pode sucumbir quando o desejado não acontece, sobretudo se há insucessos repetidos. Esta esperança genérica não é desprezável no plano médico, pelo contrário, mas pode ser lesiva se levar a pessoa a desvalorizar os riscos, por exemplo, de uma dada escolha terapêutica. No limite, o otimismo pode até trazer o efeito indesejável de levar o doente à negação de um diagnóstico grave.

Diferente é a esperança, agora com significado mais conciso e preciso, que já não é uma simples orientação geral, como o otimismo, antes se liga a um objetivo específico, algo de concreto, por exemplo, o resultado de uma consulta ou de um exame médico.

Este tipo de esperança difere, pois, do simples otimismo, é menos visceral (Oliveira, 2003) que o otimismo. De facto, nesta expectativa de um bom êxito, existe uma importante componente cognitiva, baseada no conhecimento comum, ou até já experimentado, do resultado médico habitual no mesmo tipo de situações.

Este conceito de esperança é hoje o mais seguido pelos estudiosos do assunto. Tal esperança, focada num determinado objetivo, exige mais que uma simples crença nesse objetivo futuro, exige também os seguintes elementos:

- O primeiro é que o objetivo seja realista, isto é, a verdadeira esperança tem a convicção fundamentada de que o que se deseja pode acontecer, que é possível. Não se espera o que se sabe não ser possível. Isso é a falsa esperança, uma ilusão. No caso da medicina, a verdadeira esperança não nega o diagnóstico, nem o prognóstico e, ao centrar-se num objetivo, conhece os riscos que pode comportar.

- O segundo elemento reside no facto de a esperança presumir capacidade de ação, no sentido de favorecer a realização do que se almeja, fazendo o que for possível nesse sentido. Por isso, a verdadeira esperança não é passiva, pressupõe que se tenha um plano para atingir a meta desejada, que se aja de acordo com o plano e que se seja possuidor de força anímica para o fazer.

- Uma terceira característica é que a esperança não tem garantia de sucesso, a incerteza é um pressuposto. Não se tem esperança no que é certo, isso é ter a certeza. E porque a esperança admite a incerteza, ela não é derrotada quando o objetivo inicial não se alcança, antes procura outro objetivo possível. E, por isso, esta esperança é transformável e “é transformadora” (Lohne, 2022).

“Perante uma doença que não cede a nenhuma terapêutica e marcha irremediavelmente para a morte, a esperança inicial pode ter sido de cura com um tratamento convencional; mas quando este falha, a esperança de cura transfere-se para um tratamento experimental, caso exista; depois, com o progredir da doença e a inevitabilidade da morte, a esperança reside na ausência de sofrimento e finalmente numa morte digna” (Ramos, 2014, p. 59).

Às vezes, a esperança é viver até uma certa data que tem um significado especial para a pessoa. Dou um exemplo: *“Tratava-se de um homem com cancro da próstata e que, já em fase terminal, só queria viver mais uma semana, para assistir à primeira comunhão do seu único neto. Teve alta hospitalar para ir morrer em casa. Ali aguentou-se uma semana até ao dia da comunhão, já não pôde ir à Igreja, mas presenciou a festinha em sua casa, vivendo a alegria que antegozara. No dia seguinte faleceu tranquilamente.”* (Ramos, 2014, p. 59)

O grande progresso na compreensão da esperança, sobretudo no respeitante à sua componente cognitiva, foi-nos dado por Snyder, com o seu trabalho seminal publicado, juntamente com os seus colaboradores, em 1991 (Snyder et al., 1991a). Na continuidade das investigações na área da psicologia da esperança, que vinham desde os meados do século XX, Snyder desenvolveu um contributo original, ao reconhecer dois elementos constitutivos da esperança.

Vejamos então com mais detalhe, o contributo de Snyder. Para este, a esperança não é só uma emoção, pois nela se contêm duas importantes componentes cognitivas a que chamou “agency” e “pathways”, traduzindo à letra: agência e caminhos, designações consagradas também na literatura portuguesa sobre a matéria. Snyder define a agência como “um sentido de determinação bem-sucedida no alcance de objetivos”, determinação esta que nasce da própria experiência pessoal que mostra ter sido assim no passado, é no presente e será no futuro. Segundo ele, trata-se de um *sense of personal energy and determination* (Snyder et al., 1991b). Este sentido de energia e determinação corresponde à convicção da própria capacidade e relaciona-se também com a vontade. Por sua vez, a componente caminhos assume um carácter de planeamento e significa, nas suas palavras, “a percepção da existência de percursos bem-sucedidos relacionados com os objetivos”.

De acordo com a teoria de Snyder, a esperança assenta, pois, numa energia interna, fruto da convicção da própria capacidade e que, por isso, é mobilizadora, e assenta também no reconhecimento de caminhos para alcançar o objetivo. A primeira componente, a agência, tem carácter cognitivo e também emocional; já a segunda é essencialmente do foro cognitivo.

Um aspeto importante desta teoria é a inter-relação e a influência recíproca entre estes dois fatores da esperança. Assim, à medida que se verificam os resultados benéficos dos esforços postos no caminho escolhido, esses resultados determinam um reforço da agência. Quando o que está em causa é a esperança de melhoria de uma doença, este jogo psicológico reflete-se em ganhos de saúde (Snyder et al., 1991a). Pelo contrário, na desesperança, a inter-relação das duas componentes traduz-se em agravamento da saúde (Snyder et al., 1991b).

É certo que tem havido reparos a alguns aspetos da análise de Snyder, nomeadamente à pouca atenção que dedica aos objetivos e também à componente emocional, aliás, já abordada anteriormente por Staats (1987), para quem a esperança tem uma forte componente afetiva, com antecipação do futuro estado emotivo,

na expectativa de um acréscimo de bem-estar, de felicidade. Na mesma linha, se pronunciaram depois Averill (2002), Averill & Sundararajan (2005) e Lazarus (1999), para quem a esperança é essencialmente uma emoção. Porém, não parece que as duas perspectivas, de Staats e de Snyder, devam ser vistas em termos totalmente antagónicos, uma apontando mais para a componente emocional e a outra para a cognitiva, pois a esperança assenta em ambas. Há ainda quem critique a teoria de Snyder por traduzir a cultura norte-americana, muito marcada pelo valor da autodeterminação individual, visão esta que difere da existente em outros contextos culturais, designadamente em África, onde há uma perspectiva mais comunitária.

Apesar de todos os reparos, o facto é que a teoria de Snyder tem marcado a generalidade das investigações subsequentes dedicadas à compreensão da esperança e à sua utilização na prática médica e psicológica.

A força da esperança é adquirida “numa espécie de viagem no tempo, em que a pessoa se projeta no futuro (Frankl, 2012) e pensa no que será a vitória, nos sentimentos e emoções que irá experimentar ao alcançar a meta. Viver antecipadamente a euforia da vitória é o mais poderoso estímulo para percorrer o caminho escolhido, ultrapassando os obstáculos que possam surgir.” (Ramos, 2014).

Identificado e avaliado o *objetivo*, considera-se então o *caminho* para o alcançar. Estabelecidos estes dois pressupostos, a *expectativa* de recompensa tem agora elementos para se estabelecer e reforçar, gerando uma *motivação* que dá força e *resiliência*. Este processo mental que congrega a cognição, a emoção e a vontade, numa sucessão em forma de cascata, possibilita uma retroalimentação quando se depara com um fracasso. Com efeito, a resiliência alcançada permite enfrentar o fracasso e procurar um outro objetivo ou, se ele se pode manter, um outro caminho, reativando a antecipação da recompensa e a motivação, tudo concorrendo para manter e reforçar a resiliência.

A fechar **esta considerações** sobre o conceito de esperança, devo ainda acrescentar a noção da esperança absoluta, que se afasta do entendimento até aqui mencionado e que pressupõe que há várias intensidades de esperança. Para Gabriel Marcel, a quem se deve este conceito, e ao contrário da esperança dirigida a um objetivo concreto, a esperança absoluta não depende de conjeturas sobre o futuro, nem da conjuntura atual, antes corresponde a uma orientação ontológica que contrasta com o desespero. É a “*esperança para além de toda a esperança*”, uma

esperança que não é derrotada mesmo quando as expectativas são derrotadas. Esta esperança nega o desespero e encontra sempre motivo para esperar, se mais não for esperar em Deus.

3. ESPERANÇA E SAÚDE

Considero agora a questão de saber se há provas da influência da esperança na saúde. De facto, as provas existem e são abundantes, quer em relação à esperança, quer ao otimismo, tão relacionado com ela.

Encontramos um dos primeiros registos dessa relação esperança-saúde na mortalidade verificada nos campos concentração nazis. Viktor Frankl, psiquiatra que passou por quatro desses campos, no seu célebre livro *O homem em busca de um sentido* (Frankl, 2012), referiu que os prisioneiros dos campos de concentração nazis, que tinham esperança, sobreviviam mais que os outros. Esta esperança, na conceção de Frankl, coincidia com a perspectiva existencial de um sentido de vida, de uma razão para viver, como, por exemplo, o desejo e a forte expectativa de reencontrar-se com uma pessoa querida.

A percepção que Frankl tinha recolhido tem sido amplamente confirmada.

Assim, por exemplo, num estudo conduzido em pessoas idosas de diferentes raízes étnicas, foi-lhes perguntado: “*tem esperança no seu futuro?*” Ora, verificou-se que a mortalidade foi quase três vezes maior nos que responderam negativamente (Stern et al., 2001).

Neste contexto, merece referência um estudo longitudinal, com um grupo de 1034 idosos acamados, com idade igual ou superior a 60 anos, que foram seguidos ao longo de 8 anos (Zhu et al., 2017). Os autores encontraram uma relação, estatisticamente significativa, entre o nível de esperança e a mortalidade. Quando se analisam resultados deste tipo, levanta-se de imediato a possibilidade de um viés importante, pois é crível que os idosos mais fragilizados, mais doentes, tenham menor nível de esperança. Mas não foi isso que estes autores verificaram, dado que os elementos demográficos, o estado de saúde e os hábitos tabágicos e alcoólicos eram similares nos grupos analisados.

No plano experimental, também se demonstra esta relação entre a esperança e a biologia. Por exemplo, numa curiosa experiência de resistência ao frio, as pessoas,

que num teste prévio mostraram valores altos de esperança, conseguiram resistir muito mais tempo à dor provocada pela imersão de uma mão numa tina de água gelada do que as que tinham níveis baixos de esperança (Snyder et al., 2005).

No mesmo sentido, merece especial referência um trabalho, publicado recentemente, por ser um estudo longitudinal volumoso: 25.000 adultos, entre 2007 e 2021 (Graham & Mujcic, 2026). Nele, os autores verificaram que os indivíduos com altos níveis de esperança mostraram mais tarde um efeito benéfico na saúde, tanto na saúde **objetiva, como** na percebida pelos próprios, além de vários outros benefícios, como melhor bem-estar, maior resiliência e correspondente maior capacidade de adaptação, designadamente face a eventos negativos.

Igualmente importante é um estudo de 2020, produzido por um grupo encabeçado por Katelin Long, de Harvard (Long et al., 2020). Este grupo estudou cerca de 13.000 pessoas (12.998) com mais de 50 anos, ao longo de 8 anos, e verificou que *“um nível elevado de esperança estava associado a melhor saúde física”*, designadamente a melhores resultados em alguns indicadores de saúde, como *“redução do risco de mortalidade, menor número de doenças crónicas, menor risco de cancro e menores problemas de sono.”* Também verificaram melhoria psicológica, de que é exemplo uma maior satisfação de vida.

Mais recentemente, em 2024, uma outra equipa trabalhando com a mesma Katelin Long, publicou um estudo longitudinal sobre a esperança em 11.000 jovens adolescentes (Long et al., 2024). Estes AA **verificaram,12** anos mais tarde que a esperança precoce se tinha acompanhado de menor perceção de stress, de maior atividade física e de mais positiva avaliação da própria saúde.

Vale a pena citar uma boa meta-análise (Rasmussen et al., 2009, p. 239), que analisou 84 estudos científicos. Assim, verificou-se que o otimismo é um *“preditor significativo”* de vários resultados positivos para a saúde, nomeadamente em relação à função imunitária e ao risco de cancro, entre outros benefícios. Esses efeitos benéficos do otimismo na saúde apresentaram significado estatístico, ainda que a relação possa considerar-se modesta, mais intensa nos efeitos de tipo subjetivo que nos de tipo objetivo.

Todas estas investigações indicam que a esperança favorece resultados positivos de saúde física. Contudo, esses resultados são mais de ação indireta, através de melhores estilos de vida, por maior motivação, etc., do que por uma influência direta na biologia da doença. Por exemplo, no caso do cancro, não se prova

que a esperança tenha qualquer papel na oncogénese, mas há provas de que ela pode condicionar a sua evolução, aumentando a sobrevivência, por exemplo, por maior adesão à terapêutica e maior resiliência aos efeitos adversos desta.

Atendendo a que a esperança corresponde a uma disposição mental, envolvendo quer a esfera cognitiva, quer a afetiva, não surpreende que a sua influência seja também visível na patologia psíquica. E, de facto, há provas copiosas de que a esperança tem benefícios para a saúde mental. Exemplifico referindo que, em janeiro deste ano, foi publicada uma meta-análise sobre a esperança na saúde mental, com base em quase trinta anos de publicações sobre este tema, seleccionadas consoante a sua relevância, mais de metade das quais dos últimos 10 anos. Este manancial de resultados científicos fornece, de facto, provas sólidas da relação positiva entre a esperança e a saúde mental (Barbosa et al., 2026).

Os conhecimentos de que dispomos hoje permitem afirmar que a esperança aumenta a resiliência psicológica, desde a banal ansiedade até às patologias mentais mais graves. Aliás, essa influência não se manifesta somente nas situações de doença mental, exprime-se igualmente no bem-estar psíquico de quem não tem doença.

4. MECANISMOS DE AÇÃO DE ESPERANÇA

Verificada a relação entre a esperança e a saúde, abordo agora a questão do modo como funciona a esperança, cuja investigação é relativamente recente. É certo que podemos fazer remontar aos finais do séc. XIX os primeiros trabalhos que se relacionam com este tema, quando, em 1882, o neurologista francês Charcot, apresentou a sua primeira comunicação à *Académie des Sciences*, sobre a sugestão. Ora, a sugestão e a expectativa estão intimamente relacionadas com o que seria designado por efeito placebo, cujos mecanismos começaram a ser investigados em meados do século passado (Beecher, 1955). De facto, o efeito placebo foi o primeiro mecanismo a ser relacionado com a esperança.

Deve-se a Levine e colaboradores (Levine et al., 1978), a demonstração experimental de que os opioides endógenos estão na base deste efeito. Para isso, administraram naloxona — que é um conhecido antagonista das substâncias opioides, interferindo nos recetores opioides, sobretudo os recetores μ

(Zubieta et al., 2005) — e verificaram que o efeito placebo não de manifestava. As sucessivas investigações sobre o placebo, com relevo para as de Benedetti e colaboradores (Benedetti et al., 1999; Amanzio & Benedetti, 1999), confirmaram que o efeito placebo se devia à ação dos opioides endógenos (as endorfinas e as encefalinas), que estão aparentados com a morfina e são neurotransmissores que agem na percepção dolorosa.

Já neste século, as investigações usando a PET (tomografia por emissão de positrões) e a RM funcional (ressonância magnética funcional) trouxeram um apreciável incremento do nosso conhecimento, quer quanto aos fundamentos bioquímicos do efeito placebo, quer quanto aos seus substratos anatómicos.

O efeito placebo envolve uma resposta psicobiológica que se contém também na esperança, mas a esperança difere dele porque não se funda num engano. Além disso, a esperança é mais intrincada nos seus mecanismos e mais abrangente no seu alcance, tal como acontece também com o otimismo. Aliás, quando neste texto falo de esperança, incluo também o que se sabe sobre o otimismo, tão profundamente ligado a ela e que, também para a investigação, tem sido considerado um seu representante idóneo, um proxy.

Sabemos hoje que os sentimentos de otimismo, de resiliência, de motivação, de prazer e de bem-estar que estão envolvidos no processo de esperança, são mediados por diversos neurotransmissores e hormonas, cada um dos quais com diversos efeitos psicobiológicos. Por exemplo, os opioides endógenos têm sido ligados não só à percepção dolorosa, mas também ao bem-estar, à memória, à eliminação de radicais livres e ao sistema imunitário, neste último em relação com a Inflamação de baixo grau², regulando as citocinas pró-inflamatórias.

A dopamina, a endorfina, a serotonina e a ocitocina, controlam a motivação, o humor e o bem-estar, que são relevantes na esperança. Igualmente importantes são as hormonas do eixo HPA (hipotálamo-hipófise-adrenal), como o ACTH (hormona adrenocorticotrófica) e o cortisol, mas várias outras hormonas, menos estudadas neste contexto, apresentam também alguma ligação ao funcionamento da esperança, como a colecistocinina, a adrenalina, a hormona estimulante da tireoide (TSH), etc.

² As endorfinas fortalecem o sistema imunitário, através da redução do stress, o que leva à redução do cortisol e da resposta inflamatória. Elas promovem a diferenciação dos linfócitos T e B, bem como dos linfócitos NK (*natural killers*).

Tudo isto resulta em efeitos psicológicos e biológicos. As evidências apontam para o predomínio dos primeiros, com várias repercussões na saúde, nomeadamente pela adoção de melhores estilos de vida, melhor adesão à terapêutica e maior resiliência ao stress e ao sofrimento. No que tange aos efeitos biológicos, há evidências numerosas, desde a regulação da pressão arterial até à modulação do sistema imunitário. Isto dito, deve reconhecer-se que estas investigações mostram haver relação entre a esperança e os referidos efeitos, mas não propriamente uma demonstração causal.

Além dos estudos bioquímicos a que fiz referência, importa mencionar igualmente os que exploram a anatomia da esperança.

As observações com a PET e a RM funcional têm carreado muita informação sobre as bases anatomo-funcionais da esperança. Estas investigações revelam que não há um locus único ligado à esperança, antes são várias as estruturas cerebrais envolvidas no pensamento esperançoso. Assim, sabemos que o córtex pré-frontal está envolvido na agência (*agency*), na antecipação do resultado, no planeamento (*pathways*), na tomada de decisão e na regulação emocional. Por sua vez, a analgesia por efeito placebo, com a correspondente libertação de opioides endógenos, está ligada ao núcleo accumbens, à ínsula e à amígdala (Zubieta et al., 2005). O sistema cerebral de recompensa prende-se com o estriado ventral (de la Fuente-Fernández et al., 2002) e a área tegmental ventral (Lammel et al., 2012). De grande importância é o sistema dopaminérgico, que envolve a substância nigra, a área tegmental ventral e, como áreas recetoras, o córtex pré-frontal, o estriado, o núcleo accumbens e o hipotálamo. Esta lista não esgota as áreas cerebrais que intervêm nos processos neuronais associados à expectativa positiva, à recompensa, à motivação, à regulação emocional e ao controle cognitivo, funções todas elas intimamente relacionadas com a esperança.

Há uma curiosa investigação do japonês Yanagisawa sobre as áreas cerebrais ativadas nos otimistas e nos pessimistas, demonstrando que as pessoas com alto grau de otimismo ativam as mesmas áreas cerebrais, mas as menos otimistas diferem umas das outras quanto aos locais onde essa ativação surge (Yanagisawa et al., 2025). Dir-se-ia que o pessimismo é um fenómeno mais complexo e idiosincrático que o otimismo, o que se aponta como confirmação do conceito que Tolstói nos deixou logo no início do romance *Anna Karenina*, por isso chamado princípio de *Anna Karenina*. A frase reza assim: “*As famílias felizes parecem-se todas; as famílias infelizes são-no cada uma à sua maneira*”.

Se os conhecimentos que vim mencionando constituem inegável progresso para a nossa compreensão da esperança, isso não invalida que seja ainda escasso o que sabemos sobre os seus mecanismos, fisiológicos e patológicos (Wang et al., 2017).

5. A ESPERANÇA COMO TERAPEÚTICA

Uma vez que existe abundante demonstração, quer empírica (p. ex.: Lohne, 2022) quer experimental (de Diego-Cordero et al., 2026) de que a esperança tem ação biológica e também mental, inclusive na luta contra os comportamentos de risco, como o tabaco ou o álcool (Barbosa et al., 2026), é lógico concluir que ela deva “ser incorporada no cuidado a prestar aos doentes” (Barbosa et al., 2026).

Do mesmo modo que, ao elaborar uma história clínica, se inquire sobre tudo o que se relaciona com a doença em curso, impõe-se, sobretudo na doença grave, indagar da esperança do doente, dos seus temores e dos seus desejos. É a partir daí que se torna possível alimentar a esperança, analisando a viabilidade do objetivo desejado e ajudando a definir os caminhos para o atingir.

Mas não basta esta primeira intervenção. Depois, são necessárias novas intervenções, para ir monitorizando a evolução da esperança e não só da doença, verificando se há necessidade de alterar os objetivos ou os caminhos.

A título de exemplo da primeira conversa a ter pelo médico, apresento o guião de Mylod e Lee (2023):

Clarificar ou modificar os objetivos

. Perguntar:

que esperanças tem neste momento
que deseja
de que tem medo

. Dar uma visão realista do que pode ser alcançado

. Propor objetivos alternativos

. Analisar em conjunto as ações para
maximizar o bem-estar
reduzir o fardo da doença

Aumentar a crença no compromisso e valia do apoio médico

- . Ouvir com interesse ativo
- . Passar a convicção de
 - querer realmente ajudar
 - compromisso de apoio permanente
- . Criar a convicção na própria capacidade
- . Demonstrar conhecimento, experiência e profissionalismo

Aumentar o conhecimento dos caminhos

- . Descrever o(s) caminho(s)
- . Explicar os próximos passos
- . Obter e responder a perguntas sobre o plano
- . Descrever quando e como irão avaliar, em conjunto,
 - os progressos
 - as alternativas
- . Relatar experiências com doentes semelhantes
- . Ligar o doente a grupos de suporte

Existem muitas e diversas intervenções para identificar, promover e reforçar a esperança do doente, como as entrevistas programadas ao longo da doença, as cartas terapêuticas, etc. que seria excessivo examinar agora.

6. ESPERANÇA E BIOÉTICA

Entre as exigências éticas que o médico deve observar, conta-se o respeito pelos sentimentos, valores e convicções do doente, nos quais se inclui, portanto, o respeito pela sua esperança. Mas, do mesmo modo que a esperança não é tema habitualmente versado nos textos de medicina, também não o é nos textos de bioética. É justo esclarecer que mesmo nos textos que omitem o termo, o assunto é por vezes abordado ao tratar temas vizinhos, portanto sob outras roupagens, sem que a palavra esperança seja referida explicitamente.

Quais são então as questões que a esperança levanta em termos bioéticos?

Uma delas já foi aqui mencionada, ao abordar o enquadramento da esperança na terapêutica, quando se afirmou que, atendendo ao seu papel benfazejo na psicobiologia do doente, é um dever médico agir no sentido de incentivar a esperança do enfermo.

Mas há preocupações bioéticas também sobre outros pontos. Neles se inclui o que reputo a maior questão que a esperança levanta e que se prende com duas perspectivas, com dois direitos que, por vezes, são conflituantes: o direito à verdade e o direito à esperança, isto é, o direito a uma informação rigorosa e completa e o direito a ainda esperar algo de bom.

O médico está obrigado a dizer a verdade ao doente, mas também está obrigado a fazer-lhe o bem e não o mal, o que envolve dois outros princípios: de beneficência e de não maleficência (Beauchamp & Childress, 2001). E é aqui que reside o dilema.

É que, por vezes, desvelar a verdade significa o ruir de uma esperança que poderia ser motivadora de mais bem-estar e de um trajeto mais sereno através dos tratamentos necessários, além de que o conhecimento da verdade ominosa pode levar ao desespero e ao suicídio. É muito sério esconder a verdade, mas em tais circunstâncias também é muito sério revelá-la. Como proceder perante este dilema que é comum, sobretudo nas doenças graves, naquelas situações em que o prognóstico é bastante pesado?

Os defensores da autonomia à *outrance* aconselham revelar tudo. Na prática, esta regra não é aplicável cegamente a todos os doentes, porque uma importante percentagem deles — 31 a 42% nos países do sul da Europa (Parker et al., 2007) — prefere não receber informação³, sobretudo relativamente ao prognóstico e não tanto sobre o diagnóstico. Assim, transmitir de modo automático a verdade a todos os doentes, em nome da autonomia, é ir contra a autonomia de muitos deles.

Mas como decidir se a ignorância da verdade impedir o doente de aceitar uma terapêutica mais pesada, mas suscetível de prolongar a vida ou mesmo trazer a cura? Não tenho a estultícia de propor agora uma solução geral, porque cada caso requer uma abordagem personalizada, a exigir ponderação das circunstâncias concretas que nele se verificam. O propósito final será sempre o de nunca mentir e desvelar o necessário para obter a concordância esclarecida do doente.

Outra questão é a dos doentes que desejam a revelação total do diagnóstico e do prognóstico e dos que só querem a revelação do diagnóstico, mas não do prognóstico.

Para todos eles, as soluções do dilema têm dependido muito do padrão cultural existente na sociedade dos intervenientes e variam também com a marcha do tempo. Eu mesmo já vivi o bastante para ter assistido a uma fase em que a

³ A percentagem de doentes que assim pensam depende de diversas variáveis (da gravidade da doença, dos valores pessoais, etc.)

medicina portuguesa se exercia de forma paternalista, com o médico e também a família a esconder a verdade ou mesmo a enganar o doente, quando em causa estava um prognóstico muito sombrio. Ainda que, hoje e entre nós, continue a haver influência desta atitude, defende-se cada vez mais a revelação do diagnóstico e do prognóstico. Esta posição decorre da consideração dada à autonomia, muito por influência de bioeticistas da escola anglo-saxónica, sobretudo nos Estados Unidos, que tiveram o mérito de acentuar o valor da liberdade do doente e, por isso, o respeito pela sua autonomia. Mas é preciso reconhecer que, por vezes, exageram quando sobrepõem a autonomia a todos os outros princípios bioéticos. Não tenho dúvidas quanto à postura errada da medicina paternalista, mas já as tenho quanto ao carácter fundamentalista desta reverência cega ao primado da autonomia, com desqualificação de quaisquer outras considerações.

Além de que a medicina não é uma ciência exata e nela há sempre lugar para a incerteza e, por isso, a realidade futura nem sempre está inexoravelmente definida. Como disse alguém, *“o resultado de cada doença é incerto e dentro dessa incerteza encontramos a verdadeira esperança, porque os tumores não leem os tratados de medicina e o tratamento pode ter um impacto verdadeiramente prodigioso”* (Groopman, 2006).

Estas considerações não invalidam que dizer a verdade seja um alicerce fundamental da relação médico-doente e que deva ser essa a conduta normal do médico. Como disse lapidariamente Louis Portes (*Conseil National de l'Ordre des Médecins*, n.d.), a relação médico-doente é o *“encontro entre uma confiança e uma consciência”*. Ora, a confiança do doente pressupõe a verdade. Esse comportamento do médico, além de traduzir respeito pela liberdade do doente, é também imprescindível para que o doente tenha bases para optar pelas escolhas terapêuticas mais adequadas. Sem prejuízo do exposto, defendo que este critério deve reconhecer algumas exceções, entre as quais se encontra precisamente o problema da esperança, na medida em que ela constitui um elemento fundamental da resiliência do doente. Como disse Oliver Wendell Holmes, é preciso ter *“cuidado ao tirar a esperança a um ser humano”* (Holmes, 1858, p. 158). Significa isto desvalorizar a verdade e mentir ao doente, as chamadas mentiras piedosas? Não é essa a solução correta, antes se impõe responder aos anseios do doente sem mentir e ir desvelando progressivamente a verdade inteira, de acordo com o seu estado anímico e o próprio autoconhecimento que o doente vai tendo da sua situação.

Da mesma maneira que qualquer pessoa fará o que puder para impedir que um suicida cometa o seu desígnio, ultrapassando o valor da sua autonomia, também o médico deve impedir que o respeito pela verdade, imediata e integral, leve o doente ao desespero. O enfermo tem direito à verdade, mas só à que está em condições anímicas de conhecer.

Atrevo-me a dar o exemplo do doente com doença grave e fatal que pede um prognóstico: “*vou morrer?*” ou “*quanto tempo vou viver?*”. Uma resposta possível será assim: “*Como certamente sabe, esta é uma doença grave, mas o futuro só Deus o conhece. O que sei é que há muito a fazer por si, que vamos lutar juntos e com a certeza de que vale a pena esta luta. Quanto ao morrer ..., o que lhe digo é que vai viver, quanto tempo não sei, nem sei se um dia vai falecer desta ou de outra doença qualquer. Agora, o que importa é que entenda o que posso fazer por si, o que podemos fazer juntos*”. Nesta conversa não se mentiu, disse-se a verdade indicada nesta fase e transmitiu-se esperança para lutar, mas não uma falsa esperança. A posição que aqui vim defendendo, não é nova e é também defendida por muitos eticistas. Sirva de exemplo a doutrina defendida por Beauchamp e Childress (2001), para quem “*a beneficência fornece o objetivo primário e racional da medicina e dos cuidados de saúde, enquanto o respeito pela autonomia (juntamente com a não maleficência e a justiça) estabelece os limites morais dos atos profissionais visando aquele objetivo*”.

Por isso, este modo de dizer a verdade, mas não a verdade toda, fazendo uso do chamado privilégio terapêutico, tantas vezes mal compreendido e, é certo, também tantas vezes mal-usado, tem de ser profissionalmente assumido com clareza, devendo ficar registado no dossier clínico do doente. É que o assunto é muito sério, pelo que não deve ficar enterrado sob o manto do sigilo profissional. Além de que esta exigência contribui para morigerar o uso deste privilégio, restringindo-o às situações em que ele é visto como imperativo.

Na mesma linha do caso anterior é a situação do doente que precisa da verdade para tomar algumas decisões graves, quer no plano das suas relações pessoais, quer no da situação financeira que vai deixar à família, etc.

Também aqui há geralmente modo de transmitir a gravidade da situação, sem que seja necessário fechar o futuro numa certeza prognóstica fatal e de prazo certo. A conversa será semelhante à exemplificada anteriormente, mas terá de considerar aquela necessidade de ação por parte do doente. Nesse sentido e, exemplificando mais uma vez, poderá acrescentar-se: “*Para a luta que vamos fazer*

juntos, é essencial que nada disso o preocupe. Portanto, sim, faça tudo o que acha que deveria fazer se estivesse para morrer e depois cá estamos os dois para lutar, pois o que está em causa é viver, não é morrer.” Feita esta conversa, o assunto não fica resolvido, é preciso verificar depois se aquela ação foi realizada.

Abordo agora outra situação, que já não se prende com este dilema da verdade vs esperança, mas que também exige ponderação ética: o doente que alimenta uma esperança cuja probabilidade de êxito afigura-se muito remota.

Imaginemos um doente com glioblastoma de grau 4, um tumor cerebral muito agressivo, em que 50% não sobrevive mais que 3 a 4 meses, mas se for submetido a cirurgia, radioterapia e quimioterapia tem uma sobrevivência média de 1 ano e meio. Todavia, 10% dos doentes sobrevive 5 anos.

Se o doente tem esperança de sobreviver esses 5 anos, como agir?

Será ético alimentar a esperança do doente ao propor aquele tratamento triplo num tumor cerebral que só tem 10% de sobrevida aos 5 anos? É claro que seria não ético fazê-lo enganando o doente sobre as suas *chances* de sobreviver e sobre os potenciais efeitos adversos. Mas aqueles 10% são razão para essa esperança e se o doente quer apostar nessa possibilidade, devemos ajudá-lo a viver a sua esperança. Além de que, mesmo que o tratamento possa ser ineficaz do ponto de vista curativo, a possível extensão temporária da vida conseguida com ele abre uma oportunidade para novos desenvolvimentos da medicina. Considerar o tratamento neste doente, com clara revelação de eventuais sequelas, não é dar-lhe uma falsa esperança, nem é obstinação terapêutica, é uma atitude realista. Não o fazer é negar-lhe uma possibilidade real daquela sobrevida, ainda que a probabilidade seja remota. Além do mais, mesmo que a cirurgia não dê a sobrevida desejada, a esperança pode então fundar-se noutras expectativas, por exemplo, de uma melhor qualidade de vida no tempo que lhe for permitido viver. Não propor a cirurgia baseado em estatísticas desfavoráveis é esquecer que “*ao fim e ao cabo as estatísticas são só isso, estatísticas. Terá sempre de haver de haver alguém naquela percentagem mínima que contraria as previsões*” (Groopman, 2006).

Em matéria tão difícil, como tentei mostrar com estes escassos exemplos, é preciso reconhecer que não há soluções universais e que não é fácil discernir o caminho entre uma compaixão benfazeja e uma agressão aos direitos do doente.

Há quem defenda (Garrard & Wrigley, 2009) que o dilema que viemos, examinando do confronto entre a esperança e a verdade, tenha solução definitiva na

esperança absoluta, que já antes mencionei. Contudo não vejo nela a panaceia que resolve o assunto em definitivo. Na verdade, se o doente tem tal esperança absoluta, encontra nela a força para superar todos os eventos negativos que porventura ocorrerem; mas se o doente não a tem, não será nada fácil conseguir instilá-la no ânimo do doente. É muito mais exequível a abordagem da esperança na linha que examinei a respeito do seu uso como arma terapêutica.

A concluir esta pequena excursão à bioética é preciso reconhecer que ela não nos dá soluções e, nisso, distingue-se da moral, mas fornece critérios que ajudam a analisar cada caso concreto na sua complexidade e, desse modo, encontrar uma decisão aceitável, mesmo para os casos difíceis.

A esperança é uma das capacidades que eleva o Homem acima da sua mera condição animal. Como afirma Shane Lopez (2013), talvez **que** o que mais nos distingue enquanto espécie não seja o polegar oponível, nem o uso de ferramentas ou da linguagem, mas sim a esperança. É ela que nos permite afrontar as dificuldades e percorrer o caminho doloroso da doença com os olhos fitos num horizonte menos anuviado, desejavelmente com os olhos fitos mais além e mais alto.

COMUNICAÇÃO APRESENTADA À CLASSE DE CIÊNCIAS
NA SESSÃO DE 5 DE MARÇO DE 2026
COMUNICAÇÃO RECEBIDA A 29 DE JULHO DE 2026

REFERÊNCIAS

- Amanzio, M., & Benedetti, F. (1999). Neuropharmacological dissection of placebo analgesia: Expectation-activated opioid systems versus conditioning-activated specific subsystems. *The Journal of Neuroscience*, 19(1), 484–494. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.19-01-00484.1999>
- Averill, J. R. (2002, August). The psychology of hope: An alternative to Snyder [Conference presentation]. Annual Convention of the American Psychological Association, Chicago, IL, United States.
- Averill, J. R., & Sundararajan, L. (2005). Hope as rhetoric: Cultural narratives of wishing and coping. In J. A. Elliott (Ed.), *Interdisciplinary perspectives on hope* (pp. 133–165). Nova Science Publishers.
- Barbosa, A., Robalo Nunes, I., Nunes, J., Sá, L., & Charepe, Z. (2026). Hope in mental health and psychiatric nursing: A scoping review. *BMC Psychiatry*, 26(1), Article 18. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07355-5>

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). Oxford University Press.
- Beecher, H. K. (1955). The powerful placebo. *Journal of the American Medical Association*, 159(17), 1602–1606. <https://doi.org/10.1001/jama.1955.02960340022006>
- Benedetti, F., Arduino, C., & Amanzio, M. (1999). Somatotopic activation of opioid systems by target-directed expectations of analgesia. *The Journal of Neuroscience*, 19(9), 3639–3648. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.19-09-03639.1999>
- Braunwald, E., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., & Jameson, J. L. (Eds.). (2001). *Harrison's principles of internal medicine* (15th ed.). McGraw-Hill.
- Conseil national de l'Ordre des médecins. (n.d.). Article 69—Exercice personnel. Retrieved July 29, 2026, from <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-dexercice-art-69-84-1>
- de Diego-Cordero, R., Portillo-Gil, M. Á., & Suárez-Reina, P. (2026). Hope as a therapeutic resource: Systematic evidence of its impact on mental, physical, and spiritual health. *Journal of Religion and Health*, 65(3), 2992–3025. <https://doi.org/10.1007/s10943-025-02525-x>
- de la Fuente-Fernández, R., Phillips, A. G., Zamburlini, M., Sossi, V., Calne, D. B., Ruth, T. J., & Stoessl, A. J. (2002). Dopamine release in human ventral striatum and expectation of reward. *Behavioural Brain Research*, 136(2), 359–363. [https://doi.org/10.1016/S0166-4328\(02\)00130-4](https://doi.org/10.1016/S0166-4328(02)00130-4)
- Frankl, V. E. (2012). O homem em busca de um sentido. *Lua de Papel*.
- Garrard, E., & Wrigley, A. (2009). Hope and terminal illness: False hope versus absolute hope. *Clinical Ethics*, 4(1), 38–43. <https://doi.org/10.1258/ce.2008.008050>
- Graham, C., & Mujcic, R. (2026). Hope and the life course: Results from a longitudinal study of 25,000 adults. *Health Economics*, 35(1), 90–101. <https://doi.org/10.1002/hec.70041>
- Groopman, J. (2006). *The anatomy of hope: How people prevail in the face of illness*. Pocket Books.
- Holmes, O. W. (1858). Valedictory address to the medical graduates of Harvard University. *Boston Medical and Surgical Journal*, 58(8), 157–160.
- Lammel, S., Lim, B. K., Ran, C., Huang, K. W., Betley, M. J., Tye, K. M., Deisseroth, K., & Malenka, R. C. (2012). Input-specific control of reward and aversion in the ventral tegmental area. *Nature*, 491(7423), 212–217. <https://doi.org/10.1038/nature11527>
- Lazarus, R. S. (1999). Hope: An emotion and a vital coping resource against despair. *Social Research*, 66(2), 653–678.
- Levine, J. D., Gordon, N. C., & Fields, H. L. (1978). The mechanism of placebo analgesia. *The Lancet*, 312(8091), 654–657. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(78\)92762-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(78)92762-9)
- Lohne, V. (2022). 'Hope as a lighthouse': A meta-synthesis on hope and hoping in different nursing contexts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(1), 36–48. <https://doi.org/10.1111/scs.12961>
- Long, K. N. G., Kim, E. S., Chen, Y., Wilson, M. F., Worthington, E. L., Jr., & VanderWeele, T. J. (2020). The role of hope in subsequent health and well-being for older adults: An outcome-wide

- longitudinal approach. *Global Epidemiology*, 2, Article 100018.
<https://doi.org/10.1016/j.gloepi.2020.100018>
- Long, K. N. G., Wilkinson, R., Cowden, R. G., Chen, Y., & VanderWeele, T. J. (2024). Hope in adolescence and subsequent health and well-being in adulthood: An outcome-wide longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 347, Article 116704.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116704>
- Lopez, S. J. (2013). *Making hope happen: Create the future you want for yourself and others*. Atria Books.
- Mylod, D., & Lee, T. H. (2023). Giving hope as a high reliability function of health care. *Journal of Patient Experience*, 10. <https://doi.org/10.1177/23743735221147765>
- Oliveira, J. H. B. (2003). Esperança: Natureza e avaliação (proposta de uma nova escala). *Psicologia, Educação e Cultura*, 7(1), 83–106.
- Parker, S. M., Clayton, J. M., Hancock, K., Walder, S., Butow, P. N., Carrick, S., Currow, D., Gherzi, D., Glare, P., Hagerty, R., & Tattersall, M. H. N. (2007). A systematic review of prognostic/end-of-life communication with adults in the advanced stages of a life-limiting illness: Patient/caregiver preferences for the content, style, and timing of information. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(1), 81–93. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.09.035>
- Ramos, H. V. (2014). Esperança na medicina. *Revista Portuguesa de Bioética*, 20, 59–72.
- Rasmussen, H. N., Scheier, M. F., & Greenhouse, J. B. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3), 239–256.
<https://doi.org/10.1007/s12160-009-9111-x>
- Rosenberg, A., Arnold, R. M., & Schenker, Y. (2021). Holding hope for patients with serious illness. *JAMA*, 326(13), 1259–1260. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.14802>
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991a). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570–585. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>
- Snyder, C. R., Irving, L. M., & Anderson, J. R. (1991b). Hope and health: Measuring the will and the ways. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (pp. 285–305). Pergamon Press.
- Snyder, C. R., Berg, C., Woodward, J. T., Gum, A., Rand, K. L., Wroblewski, K. K., Brown, J., & Hackman, A. (2005). Hope against the cold: Individual differences in trait hope and acute pain tolerance on the cold pressor task. *Journal of Personality*, 73(2), 287–312.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00318.x>
- Staats, S. (1987). Hope: Expected positive affect in an adult sample. *The Journal of Genetic Psychology*, 148(3), 357–364. <https://doi.org/10.1080/00221325.1987.9914565>
- Stern, S. L., Dhanda, R., & Hazuda, H. P. (2001). Hopelessness predicts mortality in older Mexican and European Americans. *Psychosomatic Medicine*, 63(3), 344–351.
<https://doi.org/10.1097/00006842-200105000-00003>

- Wang, S., Xu, X., Zhou, M., Chen, T., Yang, X., Chen, G., & Gong, Q. (2017). Hope and the brain: Trait hope mediates the protective role of medial orbitofrontal cortex spontaneous activity against anxiety. *NeuroImage*, 157, 439–447.
<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2017.05.056>
- Yanagisawa, K., Nakai, R., Asano, K., Kashima, E. S., Sugiura, H., & Abe, N. (2025). Optimistic people are all alike: Shared neural representations supporting episodic future thinking among optimistic individuals. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 122(30), Article e2511101122. <https://doi.org/10.1073/pnas.2511101122>
- Zhu, A. Q., Kivork, C., Vu, L., Chivukula, M., Piechniczek-Buczek, J., Qiu, W. Q., & Mwamburi, M. (2017). The association between hope and mortality in homebound elders. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(12), e150–e156. <https://doi.org/10.1002/gps.4676>
- Zubieta, J.-K., Bueller, J. A., Jackson, L. R., Scott, D. J., Xu, Y., Koeppe, R. A., Nichols, T. E., & Stohler, C. S. (2005). Placebo effects mediated by endogenous opioid activity on μ -opioid receptors. *The Journal of Neuroscience*, 25(34), 7754–7762.
<https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0439-05.2005>