

Revista Portuguesa de Bioética

Cadernos de Bioética

28

2023

ISSN 1646 — 8082

2023

n.º 28

Revista Portuguesa de Bioética

Aspectos éticos e bioéticos no tratamento da dor na criança

Filipe Almeida

Um olhar ético sobre a dor: quando a dor traz más notícias e doi até ao fim

Isabel Garriça Neto

Luto paterno e a fragilidade masculina: um sofrimento silenciado na dor do pai

Erika Maria Rocha Leite

Mirna Albuquerque Frota

Andréia Braide

Renato da Silveira Borges Neto

Carlos Costa Gomes

O retorno à ética fundamental

André Marcelo Machado Soares

A Interrupção voluntária da gravidez e o direito à vida do nascituro

José António Tavares

Análise de um caso clínico segundo o modelo de Diego Gracia

Carina Liliana Costa Moura

Carla Alexandra Gonçalves da Costa

Carla Sofia Pinto Martins de Castro Santos

Luciana Raquel Gomes Forte

Mário Sérgio Reverendo de Miranda

Eutanásia: O contexto, o cuidado, a relação.

Carlos Costa Gomes

Colóquio: A dor na criança

Carlos Costa Gomes



WOP WORLD OF
PRINTING



Edição do Centro de Estudos de Bioética







CENTRO DE ESTUDOS DE BIOÉTICA

Órgãos Sociais

Direção

Presidente

Carlos Costa Gomes

Secretário-Geral

Filipe Almeida

Vogais

António Jácomo

Cíntia Águas.

Sofia Reimão

Assembleia-Geral

Presidente

Henrique Vilaça Ramos

Vice-Presidente

Isabel Renaud

Secretária:

Mara Cristina Sousa Freitas

Conselho Fiscal

Presidente

José Cardoso e Costa

Vogais

Carlos Torres

Abel Garcia

Pólos do CEB:

Coordenador do Pólo Aveiro do CEB

Luis Silva

Coordenador do Pólo Braga do CEB

José Silveira de Brito

Coordenador do Pólo Castelo Branco do CEB

Isabel Lourenço

Coordenador do Pólo Coimbra do CEB

Margarida Castel-Branco Caetano

Coordenador do Pólo Évora do CEB

Luis Sebastião

Coordenador do Pólo Lisboa do CEB

Isabel Renaud

Coordenador do Pólo Madeira do CEB

Cândida Carvalho

Coordenador do Pólo Porto do CEB

Filipe Almeida

Coordenador do Pólo Viana do Castelo do CEB

Fábio Carvalho

Coordenador do Pólo Vila Real do CEB

Carlos Torres

Coordenador do Pólo Brasil (Rio de Janeiro) do CEB

André Marcelo

Revista Portuguesa de

Bioética

Cadernos de Bioética

Propriedade/Administração

Centro de Estudos de Bioética
cebioetica@gmail.com

Diretor

Carlos Costa Gomes

Conselho de Direção

Carlos Costa Gomes

Filipe Almeida

João Loureiro

António Jácomo

Cíntia Águas

Sofia Reimão

Coordenação

João Loureiro

Redação

Ana Sofia Carvalho

Michel Renaud

Vasco Pinto Magalhães SJ

Henrique Vilaça Ramos

Walter Osswald

Periodicidade

Semestral

Desenho Gráfico

José Osswald

Index das Revistas Médicas Portuguesas

www.indexrmp.com

Pedido de Assinaturas e números avulso

Centro de Estudos de Bioética

ESSNorteCVP - Rua da Cruz Vermelha, Cidacos

3720-126 • Oliveira de Azeméis

Email: cebioetica@gmail.com

Pré-impressão | Impressão | Acabamento

WOP - World of Printing

Rua de Romariz, n.º 1163,

3700-904 Romariz • Santa Maria da Feira • Portugal

Registo no ICS: 125129

Depósito Legal n.º 113965/97

ISSN 1646 - 8082

Assinatura anual - 30,00 €

Número Avulso - 10,00 €

Revista Portuguesa de

Bioética

Cadernos de Bioética

Ano XXXVI n.º 28 (2023)

Sumário

- 7 **Aspectos éticos e bioéticos no tratamento da dor na criança**
Filipe Almeida
- 19 **Um olhar ético sobre a dor: quando a dor traz más notícias e doi até ao fim**
Isabel Garriça Neto
- 29 **Luto paterno e a fragilidade masculina: um sofrimento silenciado na dor do pai**
Erika Maria Rocha Leite
Mirna Albuquerque Frota
Andréia Braide
Renato da Silveira Borges Neto
Carlos Costa Gomes
- 53 **O retorno à ética fundamental**
André Marcelo Machado Soares
- 61 **A Interrupção voluntária da gravidez e o direito à vida do nascituro**
José António Tavares
- 87 **Análise de um caso clínico segundo o modelo de Diego Gracia**
Carina Liliana Costa Moura
Carla Alexandra Gonçalves da Costa
Carla Sofia Pinto Martins de Castro Santos
Luciana Raquel Gomes Forte
Mário Sérgio Reverendo de Miranda
- 105 **Eutanásia: O contexto, o cuidado, a relação.**
Carlos Costa Gomes
- 111 **Colóquio: A dor na criança**
Carlos Costa Gomes



Aspectos éticos e bioéticos no tratamento da dor na criança¹

Filipe Almeida²

A todos os meus cumprimentos muito cordiais e a expressão do meu elevado gosto em participar nesta mesa que se quer ocupar das responsabilidades de todos nós, individuais e colectivas, no tratamento da dor da criança.

Para um pediatra que cursou há já 4 décadas a Faculdade de Medicina, a especialização em pediatria e a subespecialização em cuidados intensivos pediátricos, participar neste dia mundial da criança numa mesa sobre “o tratamento da dor da criança” continua a ser, paradoxalmente ou talvez não, um enorme desafio. No início do meu internato da especialidade, integrei o grupo de trabalho HUSAC (Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança) promovido pelo Instituto de Apoio à Criança, dinamizando no Serviço de Pediatria do então Hospital de S. João actividades que visavam a humanização das práticas aí implementadas, e recordo o esforço que se iniciava para implementação da Carta da Criança Hospitalizada, elaborada em 1884, cujo ponto 5 enunciava especificamente “*Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo*”.

No final dos anos 90, a Direção-Geral da Saúde (DGS) reconheceu a necessidade de melhorar a abordagem da dor em Portugal, para o que, em cooperação com a Associação Portuguesa

1 Comunicação apresentada no Colóquio “Um olhar ético sobre a dor” promovido pelo CEB no Porto, no dia mundial da criança (1 junho 2023)

2 Secretário-Geral do Centro de Estudos de Bioética

para o Estudo da Dor (APED) elaborou o primeiro documento estratégico, o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD), que viria a ser aprovado por despacho ministerial em 26 de março de 2001.

Em junho de 2003, a Direcção-Geral da Saúde, para reforçar a importância da avaliação da dor em contexto assistencial, colocou a dor no patamar dos sinais vitais, por definição, obrigatórios de avaliar sistematicamente, reconhecendo-o, embora erradamente na sua enumeração, como o “5º sinal vital” (na verdade, trata-se do 6º sinal vital, associado que foi aos frequência cardíaca, frequência respiratória, tensão arterial, temperatura e estado de consciência).

Num percurso que não nos cansaremos de percorrer, continuamos, sem dúvida, na necessidade de exigir o tratamento da dor e, de forma indissociável, a sua prevenção na prática médica, como dever e responsabilização indeclinável.

Exigência acrescida, sobremaneira, quando o sujeito humano atingido pela dor pode ser ferido com o desrespeito pela sua vulnerabilidade, carecido que está de afirmar a sua vontade, como o são as crianças.

Mas uma exigência dura porque aqui, hoje, tentamos fazer um exercício de impossibilidade: adentrarmo-nos na experiência da dor humana de cada outro, sempre pessoal, única, intimista na sua compreensão.

Do que nos é pedido para falar? A dor!

Sendo certamente um dos conceitos clínicos mais difíceis para a comunidade científica descrever com objetividade, uma definição é consensual no meio clínico: é “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada ao dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tais danos”. É sempre uma sensação negativa, mas nunca foi tarefa fácil caracterizá-la devidamente.

Porém, para a questão magna “o que é a dor?”, a mais radical das respostas é certamente a de uma criança: dor é o que dói. Sim, e eu subscrevo, dor é o que dói! Mas a dor é também mais que um dói-dói!

Não irei deter-me na complexidade que é definir a dor, na materialidade neurológica e bioquímica da sua natureza. A proposta maior deste Colóquio gravita não especialmente em torno da dor, mas em volta do diálogo com a dor, isto é, atira-nos para o diálogo com o ser humano dorido, concretamente no seu tempo de ser criança.

Daniel Serrão, numa das suas tão provocadoras intervenções, lembrava-nos que “somos, todos, pessoas. Mas. ser doente faz-nos ser mais pessoas que todas as outras pessoas”.

E, numa toada idêntica, Dostoiévski avisava: “Não me ajoelhei diante de ti, mas diante de toda a dor humana”.

Quatro séculos antes de Cristo, Hipócrates sublinhava a missão superior do médico quando pregoava “é divino sedar a dor”. E, no século XVI, Francisco Nunes inscrevia, numa carta de preceitos médicos, “entre todos os sintomas, dê o médico primazia ao alívio da dor”.

A dor emerge, caros amigos, como uma forte realidade que preenche a nossa condição humana e que, por tal, nos pede exigente atenção. E os médicos têm aqui um papel singular. É a eles que se dirigem maioritariamente e prioritariamente quantos experimentam a dor, com a peculiaridade de uma intermediação maternal em pediatria. Sim, em pediatria (e talvez não só em pediatria!) o primeiro grito que se lança quando algo dói é Oh mãe!, o que torna desde logo esta particular mulher-mãe um ventre terapêutico, não farmacológica mas humanamente modulador da intensidade da dor.

Apesar de redundante, vale a pena reiterar sem cansaço: a dor existe. É o sintoma mais antigo da história da Medicina e o seu alívio um dos seus terapêuticos pontos cardinais.

Apesar da sua imaterialidade, podemos compará-la, respigando o Professor Doutor Ribeiro da Silva, “à chama que se acende e se apaga, não ocupando espaço, mas desgastando e consumindo a matéria combustível”.

Sim, a dor existe e existe no ser humano desde os primórdios do seu desenvolvimento. As vias anatómicas e neuro-químicas começam a formar-se na vida intrauterina e pelas 28 semanas de gestação já estão formadas. Sabemos bem que as vias de controlo descendentes inibitórias da dor ainda não estão totalmente formadas nos prematuros o que, por tal, acarreta certamente uma hipersensibilidade aos estímulos dolorosos. No sistema nervoso imaturo de crianças, a combinação de campos receptivos aumentados, menor capacidade

discriminatória para estímulos sensoriais e vias inibitórias imaturas resulta em maior percepção de dor frente a estímulos nocivos, e não menor, como se acreditava anteriormente.

Sim, nós médicos, acreditámos até há bem poucos anos, há menos de um século, que os recém-nascidos – sobretudo os bebés prematuros – não sentiam dor ou, caso sentissem, não se iriam lembrar. É da nossa história recente a sujeição de bebés a procedimentos cirúrgicos, recebendo um relaxante muscular para não comprometer o êxito cirúrgico, mas sem qualquer analgésico. Numa presunção científica, os comportamentos “estranhos” que os bebés exibiam durante a agressão cirúrgica, eram não mais que mera actividade reflexa...

Iniciei o meu internato de pediatria nos anos 80. Numa manhã de urgência, acompanhei uma criança de 5 anos com uma fractura do fémur direito à sala de Ortopedia para que se lhe colocasse uma tracção com pesos aos pés da cama. Era necessário perfurar a tibia para lhe traccionar o membro inferior e conseguir a recolocação anatómica das extremidades desalinhadas do fémur. O ortopedista, na sua diligente intervenção cirúrgica, aprontava-se já para esta perfuração a cru, com uma “*black and decker*”. Perguntei-lhe se tinha intensões de o fazer sem analgesia, ao que me respondeu com inquestionável certeza: só dói a atravessar a pele e o periósseo da tibia, pelo que é desnecessário, por desproporcional, fazer a analgesia profilática!... O minúsculo interno conseguiu, não sem um sorriso depreciativo do mestre, que se fizesse a indispensável analgesia. Recordo o sorriso, agora sentido e agradecido, da enfermeira que acompanhava, quando analgesiava a Maria. No termo desta pequena grande história, já a enfermeira se retirava com a Maria, aquele colega ortopedista chamou-me ao lado, para me chamar à atenção por eu não ter repreendido a enfermeira quando, sorrida porque agradecida, aprovou a minha intervenção e, a contrário, reprovou a sua “experiência acumulada” no tratamento das fracturas ósseas nas crianças... E concluiu, você é novo, não pode tratar assim bem as enfermeiras... Trago-vos esta história, para nos lembrarmos de tantas outras formas de dor no nosso quotidiano profissional!

Mas voltemos à dor destoutras Marias.

As crianças sentem dor e guardam memória da dor. Sabe-se, atualmente, que a dor não tratada pode ter consequências na vida da criança a curto e a longo prazo. Uma dor insuficientemente tratada prolonga, como sabemos, por exemplo o tempo de recuperação das cirurgias. Há evidências de que a dor não tratada de forma eficaz e adequada pode ter efeitos nefastos a longo prazo, não só no que concerne à sensibilidade dolorosa, como ao funcionamento do sistema imunológico, à neurofisiologia, ao desenvolvimento de dor crónica na vida adulta, à forma de lidar com o *stress* e ao comportamento aquando dos cuidados em saúde.

Por não ser apenas um sintoma, mas um fenómeno complexo que envolve emoções e vivências culturais, a dor deve ser encarada segundo um modelo biopsicossocial. Olhamos assim para uma “dor global”, que nos coloca atentos muito para além da sua expressão física.

E em pediatria, quantas são as formas de violentas dores humanas que se abatem sobre as crianças, que exigem procedimentos anamnéticos, diagnósticos, interventivos, para prevenir e tratar a dor em tantas das suas expressões mais ou menos objectivas?

Importa, talvez, separarmos agora as águas. A dor física, aguda ou crónica e a dor humana, a que arrasta inevitavelmente consigo o sofrimento humano.

Para a dor física, é essencial que profissionais da saúde envolvidos na assistência pediátrica, sejam efectiva e eficazmente treinados (diria, mesmo, e avaliados) para reconhecer, avaliar e tratar a dor, seja ela aguda ou crónica, na esteira da sua variabilidade fisiológica e psicológica ao longo das diferentes etapas do desenvolvimento da criança.

Curiosamente, a este repto de atenção diagnóstica e terapêutica à dor, que mobilizou importante investigação científica, decifrando-lhe a natureza e os mecanismos que lhe subjazem, e alocando-lhe uma vasta farmacopeia, não correspondeu uma vigorosa e sistemática intervenção terapêutica, apesar das poderosas ferramentas disponíveis não só para o tratamento como para a avaliação da intensidade da dor (das múltiplas escalas à atenção aos sinais vitais, que tão directamente expressam a intensidade da dor em crianças), tarefa primordial para intervenção eficaz.

E, apesar de no último quartel do século XX, o desafio ser “não

à dor no século XXI”, continuamos talvez envergonhados com um cenário pouco abonatório de uma medicina de vanguarda em tantas áreas da sua intervenção e que, neste domínio, não se impõe de forma competente.

E não poderemos suportar esta realidade na ignorância médica, certamente, mas numa prática inadequada de subdiagnóstico, subavaliação, subprevenção e subtratamento da dor e num tão incompreensível quanto teimoso preconceito de perigosidade dos analgésicos.

Por tal, na transição para este nosso milénio, inscreveu-se a dor como o 5º sinal vital (na realidade o 6º, como atrás enunciado) a monitorizar: depois do nível de consciência, da frequência cardíaca, da frequência respiratória, da pressão arterial e da temperatura corporal, impõe-se aos profissionais de saúde não apenas rastrear a existência de dor, mas, nas suas rotinas assistenciais, fazer a sua medição objectiva. Para que se não esqueça, para que se lhe responda eficazmente.

Mas, que resposta é por nós devida à dor do nosso doente?

A dor física é um radar biológico absolutamente necessário à vida. Como detector do perigo, é um sintoma precioso. A sua existência é vital para a vida humana, pelo que não é aceitável, assim, desejarmos eliminar a dor. É, pois, um alarme imprescindível, mas apenas valioso enquanto tal. Depois de soado, este alarme tem de ser desligado. A sua manutenção mórbida desmerece-o como tal. É-nos intolerável, como bem o sabemos, ouvir incessantemente o alarme da casa ou do automóvel que se não desliga. Assim é também insuportável este alarme que é a dor física do humano, se se não interrompe com oportunidade. Não apenas pelo ruído que causa, mas pelo cerco que a sua persistência faz à Vida: sob a dor, a consciência pessoal é amordaçada, a liberdade individual silenciada, o “eu”, que me personaliza, anulado. Para que se não fracture mais a vida, há, pois, que matar esta dor que, neste modo temporal de existir, se torna afinal abjecta. Um matar que significa tratar veementemente, numa indeclinável exigência ética do nosso afã profissional. Não matar esta dor é abrir portas a que a dor severa possa matar o próprio viver, transformando-nos, a nós profissionais de saúde, em

agentes eutanasiantes, ao deixar os nossos doentes mergulhados no desespero.

Esta é a minha leitura da dor física, aguda ou crónica, que reclama enérgica terapia médica, em distintos patamares: farmacológico e não farmacológico. Para aquele, dispomos de uma ampla farmacopeia, da qual conhecemos perfis farmacocinéticos e farmacodinâmicos que nos concedem segurança na sua utilização pediátrica, deste a própria prematuridade nos neonatos.

Nas medidas não farmacológicas, dispomos de intervenções físicas e psicológicas, onde releva:

- O contacto físico (o COLO, materno e paterno, digamo-lo com letras maiúsculas!);
- A proximidade (sabemos bem o agravamento clínico das crianças internadas quando, tempos idos, os pais eram obrigados a abandonar os filhos por não lhes ser permitida a presença contínua, nomeadamente durante a noite, nas instalações hospitalares...), com gastos acrescidos para controlo sintomático durante a noite (temo que tenham sido razões economicistas que ajudaram a reverter as medidas políticas de permissão da presença dos pais junto dos filhos a tempo inteiro, diminuindo assim os gastos...);
- A sucção não nutritiva ou a sacarose (para os mais pequeninos);
- A distração, para estímulos alternativos mais agradáveis (porque não o recurso cirúrgico às ferramentas digitais, de tanto agrado das crianças!);
- A música;
- As narrativas de histórias infantis;
- A necessária informação aos pais, e às próprias crianças se tiverem maturidade ajustada, sobre os procedimentos a efectuar;
- As técnicas de relaxamento.

Porém, não esqueçamos a importância radical da prevenção da dor em pediatria, aliás em qualquer etapa da vida.

É imperativo que nos organizemos de forma robusta para

prevenir e minimizar a dor, desde logo nas unidades hospitalares, atendendo nomeadamente a:

- Redução da incidência de luz e do nível de ruídos;
- Concentração de procedimentos e recurso a cateteres centrais sempre que possível, numa mais adequada gestão, visando intervenção mínima e permitindo períodos de descanso alargados;
- Promover activamente, não passivamente, o contato com os pais ;
- Ministar sem peias analgesia profilática para procedimentos invasivos que sabemos, de antemão, serem dolorosos.

Mas, e a dor humana?

A dor não compaginável nas escalas de avaliação disponíveis?

A dor sofrida, assim vertida no teatro do sofrimento?

Já no século passado, Dr Carl van Bayer nos lembrava, que “Avaliar a dor apenas pela sua intensidade é como ‘descrever a música unicamente pelo seu volume”

O sofrimento expõe-nos a vulnerabilidade humana que nos constitui, destrói o mito da saúde total e coloca-nos afinal perante a questão fundamental de saber “qual o sentido da dor, do mal e da morte que, apesar do enorme progresso alcançado, continuam a existir?”, como nos sugere o documento conciliar do Vaticano II *Gaudium et Spes*, ou ainda, de saber não “o que é o Homem?”, mas, como tão cristalinamente nos provoca Walter Osswald, “quem é o Homem?”

No seu percurso vital, o ser humano chega, o ser humano está, o ser humano parte!

- O ser humano chega, dorido pela travessia de um canal de parto opressivo – estranho salvo-conduto para poder fazer a experiência da liberdade!
- O ser humano está, caminheiro da história que faz!

- O ser humano parte, quantas vezes ferido pela negação de uma medicina paliativa, quantas vezes vexado por uma obstinação terapêutica obscena, e, no tempo que chega, quantas vezes sujeito a ser escandalosamente matado para que se mate a sua própria dor!

É assim a vida do homem que, na sua inteireza, atravessa o tempo:

- Um trajecto de intensidades, que carrega paradoxalmente (e talvez não!) alegrias e dores, venturas e sofrimentos, paixões e desamores, encantos e despeitos;
- Uma viagem de totalidade, que encerra em si mesmo o viver e o morrer, porque só nesta abrangência consegue ser quem é;
- Um trilho de plenitude, porque no seu próprio viver acolhe o absoluto morrer, porque no seu próprio morrer assume o seu inteiro viver.

Está assim, o Homem, apto a conhecer a abrangência da dor física, da dor mental, social, moral e espiritual, dor cunhada por Cicely Saunders como dor total.

Dor total que reclama uma resposta que alia conhecimento técnico-científico e competência humana, num exercício de um cuidado humanizado.

Deixem-me recordar-vos:

Em maio de 2012, o Tribunal de Sintra, em resposta a uma intervenção social, decidiu retirar os sete filhos menores a Liliana Melo, alegando que a mãe não tinha condições económicas para os sustentar ou educar. Não havia, no entanto, qualquer referência a maus-tratos. O caso causou polémica porque a cabo-verdiana, que tinha mais três filhos, foi **pressionada para laquear as trompas**, algo que sempre recusou.

O STJ disse em 2015 que não existiam ilegalidades nas decisões proferidas pelo Tribunal de Sintra e contrariou a possibilidade de visitas de Liliana Melo aos filhos, por ser “incompatível” com a

retirada das crianças para adoção.

De acordo com o Tribunal de Sintra, ao longo dos anos foram impostas várias condições a Liliana Melo, como vacinar os filhos, manter condições de habitabilidade, prover o sustento das crianças, e fazer uma laqueação de trompas.

Expresso (2016.02.16):

Tribunal europeu dá razão à mãe a quem o Estado português retirou 7 filhos

Em 2016, o Tribunal Europeu dos Direitos do Homem viria a condenar o Estado português por violação dos Direitos Humanos no caso desta cabo-verdiana. A mãe, que viu os tribunais portugueses retirarem-lhe os sete filhos e que tem perdido os recursos na Justiça em Lisboa, viu agora o tribunal europeu dar-lhe razão, ao qual se queixou pela proibição de contactos com as crianças que lhe foi imposta durante a pendência do processo.

Teria dificuldade em ilustrar de forma mais veemente a dor humana destas crianças apartadas da sua mãe, em nome de um pretensamente justo desígnio de protecção infantil que, agora sim, inflige maus tratos, violência e dor afectiva...

E quantas telas conheceremos todos que pintam a dor brutal que se abate sobre as crianças nos processos de separação parental que não acautelam, como lhes deveria ser previsto, a minimização do sofrimento, na procura do seu bem superior... tão eufemisticamente evocado nas extraordinárias Declarações de valor universal!

Caros amigos,

Só os poetas conseguem transformar a dor num poema. Não são eles que conseguem “*fingir tão completamente a dor, que chegam a fingir que é dor, a dor que deveras sentem*”? Precisaremos deles, sim, para conseguirmos decifrar este misterioso puzzle que inscreve nas vivências da dor o prazer sentido por alguns, o amor experimentado por outros, o desespero habitado por tantos, noutros ainda a redenção realizada.

A dor total de um doente apela a uma resposta terapêutica no horizonte da amizade, que recusa, por isso, desencontros gerados nos corredores habitados por estranhos morais.

A medicina não dispõe de oração nem de fé no seu arsenal terapêutico. Mas a medicina abre portas para que a esperança possa acontecer nos pátios do desespero e do sofrimento.

Na verdade, e como observa Cicely Saunders, “o sofrimento somente é intolerável quando ninguém cuida”.

E a bioética lembra-nos a identidade dos mais vulneráveis dos humanos: “os mais ameaçados no respeito devido à sua autonomia, à sua dignidade, à sua integridade!

Para este Outro vulnerável, que sofre e/ou tem dor, não me é permitido ser indiferente. Por ele, vaticina Lévinas, sou responsável, inteiramente responsável!

E não poderíamos ter melhor apelo à novidade deste novo e singular olhar que devemos aos nossos doentes, do que o que nos é lançado pelo corpo que, sustentando a dor humana, nos recorda de forma solene a sua exacta vulnerabilidade: a noção de que toda a vida pode ser ofendida, vexada e ferida de morte.

Compreender a vulnerabilidade do homem é aceitar a recusa da busca do ser humano perfeito, é saber recusar o elixir da imortalidade. Porque respeitar a vulnerabilidade é reconhecer a finitude da vida e particularmente a verdade do sofrimento dos seres humanos. Só neste contexto poderemos, sim, fingir a dor, caros amigos!

E não haverá maior nem melhor escola para nos sabermos situar junto do homem doente do que a que nos torna conscientes da sua fragilidade. Porque a comunicação que se impõe acontecer não pode escamotear o sentido da compaixão, a disponibilidade para a protecção, o cumprimento de uma atenção desmesurada que só a vulnerabilidade nos fará compreender.



Um olhar ético sobre a dor: Quando a dor traz más noticias e doi até ao fim

Isabel Galriça Neto¹

Resumo: Qual importância da relação entre aspectos da comunicação, dor e ética; sobre imprecisões graves no conceito de Cuidados Paliativos e de como prejudicam os doentes; sobre objectivos de cuidados e correctos padrões de cuidados em fim de vida; e por fim, sobre a boa avaliação e tratamento da dor, e algumas más práticas a evitar. São os pontos de partida para a reflexão.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; comunicação; dor, ética

Abstract: What is the importance of the relationship between aspects of communication, pain and ethics; about serious inaccuracies in the concept of Palliative Care and how it harms patients; about goals of care and correct standards of end-of-life care; and finally, on good pain assessment and treatment, and some bad practices to avoid. They are the starting points for reflection.

Keywords: Palliative Care; communication; pain, ethics

¹ Comunicação apresentado no Colóquio do Centro de Estudos de Bioética – Um olhar ético sobre a dor (1 de julho de 2022). Médica, directora do Departamento de Cuidados Continuados e Paliativos Hospital da Luz-Lisboa; Especialista de Medicina Geral e Familiar; Primeira presidente da Competência de Medicina Paliativa da Ordem dos Médicos; Docente da Faculdade de Medicina de Lisboa e da Faculdade de Medicina da Universidade Católica;

Comendadora da Ordem do Mérito.

1 - Introdução

A partir do impulso dado pelo mote deste simpósio, desafiada pelo título que me entregaram e sustentada pela minha convicção da imprescindível necessidade da prática dos Cuidados Paliativos integrar uma sólida perspectiva ética, surgiram estas intersecções e reflexões que aqui partilho convosco. Mais de que um texto exaustivo sobre matéria tão desafiante quanto complexa, o que aqui pretendo deixar são pistas de reflexão – que se poderão aprofundar, nomeadamente através da bibliografia alusiva que anexo -, tópicos e alertas que me parecem pertinentes. Espero que possam ser úteis e motivadoras de práticas correctas com os doentes em fim vida, eticamente enquadradas e promotoras de maior qualidade assistencial, o fim maior de todo o nosso serviço às pessoas doentes.

Assim, falaremos brevemente sobre legações entre aspectos da comunicação, dor e ética; sobre imprecisões graves no conceito de Cuidados Paliativos e de como prejudicam os doentes; sobre objectivos de cuidados e correctos padrões de cuidados em fim de vida; e por fim, sobre a boa avaliação e tratamento da dor, e algumas más práticas a evitar.

2 - Um primeiro tópico então, as questões de comunicação na prática clínica.

A transição para Cuidados Paliativos, a dor que lhe poderá estar subjacente, envolve transmitir más notícias. E será que fazê-lo é ou não uma perícia técnica, uma competência ética e clínica que se exige aos profissionais de saúde?

Transmitir notícias que alteram a perspectiva positiva de uma pessoa, neste caso o doente, pressupõe conhecer um protocolo específico para o fazer – sugere-se aqui o recurso ao protocolo de Buckman, conhecido pelo acrónimo SPIKES. Existe evidência de que a comunicação inadequada e desajustada pode causar maior sofrimento, ser mais iatrogénica, que muitos tratamentos ou intervenções em saúde. Não se trata de dizer que aprendemos com a prática – ainda mais se não precedida da devida preparação – ou

que é “uma questão de bom senso”. Não se pretende certamente contribuir para aumentar o sofrimento, a dor do paciente, e como tal, é fundamental sublinhar a relevância do treino efectivo em comunicação para ganhar competências que definirão, passo a redundância, o profissional competente, humanista. Sem qualidade relacional não haverá competência técnica e boa qualidade assistencial. E a competência relacional é uma competência técnica, não mera questão de bom senso. Reafirmo com veemência que temos todos de integrar o conceito de que, se não se manejar com mestria a ferramenta terapêutica que a relação médico-doente (ou com outro profissional) constitui, não se pode ser considerado um bom profissional de saúde. Não se trata de ser dotado para isso, de se ter jeito ou não; trata-se de estudar, treinar em ambientes controlados, antecipar cenários clínicos, discutir com pares e treinar respostas. É assim, com estudo e treino progressivo, tal como na aquisição de outras competências técnicas, que se poderá gerar mais empatia, melhor adesão às medidas propostas, e reduzir consequências nefastas para o doente. Referir-se à transição para Cuidados Paliativos como “não havendo mais nada a fazer”, “não tendo mais nada para oferecer ao doente”, como sendo “um baixar de braços”, uma desistência ou um “atirar da toalha ao chão”, são exemplos de má comunicação, da tal iatrogenia na comunicação que pretendemos evitar, quer por ser falso e doloroso, quer porque não é ético. Existem formas mais adequadas de mostrar ao doente o nosso compromisso de não-abandono, quer ele se cure ou não, expressando isso mesmo ao dizer que, apesar de não o podermos curar, iremos fazer tudo que lhe possa oferecer mais conforto e qualidade de vida, fazer o que estiver ao nosso alcance para ter os sintomas controlados e o menor sofrimento físico, nunca deixando que ele se torne disruptivo, enfim, manter uma aliança terapêutica em que damos o nosso melhor para “o ajudar a ajudar-se”.

3 - Ética e doente em fim de vida

E passemos a outro tema relevante em matéria de ética e doente em fim de vida, que diz respeito a várias clarificações em torno do conceito de Cuidados Paliativos e ao processo de decisão e padrão de cuidados que lhe deve estar associado.

Como sabemos, e de acordo com a definição consensual da

OMS, os doentes paliativos podem ser incuráveis – não todos -, mas seguramente não são “intratáveis”. Para que isso aconteça plenamente e com eficácia, é preciso fazer algumas clarificações sobre o conceito já que, na prática de todos os dias, essas imprecisões têm como consequência a falta de acesso de doentes com necessidades paliativas aos cuidados de saúde a que devem ter direito. E isso não é nem correcto ou justo, muito menos ético.

As necessidades paliativas decorrem do reconhecimento de um doente estar em sofrimento determinado por uma doença grave (não necessariamente incurável) e/ou incurável, avançada e progressiva, independentemente do prognóstico expectável, que pode ser de anos, meses ou semanas. Para receber Cuidados Paliativos um doente não tem que ser necessariamente um doente terminal (prognóstico expectável de meses/semanas) e organismos internacionais e nacionais recomendam que a referência se faça mais cedo do que tarde. Quer-se com isto dizer que, se a referência for tardia – como infelizmente tantas vezes continua a verificar-se – o doente terá falta da assistência adequada, terá sofrimento desnecessário, ele e os seus familiares, uma dor que é tratável e evitável. Isto também não é correcto ou justo, muito menos ético. Além do mais, existe evidência robusta de que o tratamento paliativo, que é um tipo de tratamento activo, dirigido ao conforto, não encurta a vida do paciente, antes pelo contrário, e oferece maior qualidade de vida e melhor controlo sintomático.

Esta é uma mudança que deve acontecer, sob pena de termos doentes privados dos cuidados que carecem e em sofrimento, ainda mais evitável. E ela depende, e muito, das acções dos profissionais de saúde.

Este reconhecimento da situação de incurabilidade e de fim de vida – últimos 12 meses de vida – implica obrigatoriamente assumir um modelo de decisão e acção em que os objectivos de cuidados são revistos – dando ênfase ao objectivo de proporcionar conforto, benefícios, sem agravar ou promover malefícios –, sublinhando a proporcionalidade de meios terapêuticos e diagnósticos a usar nesta fase da doença. São modelos e padrões de cuidados bem distintos dos aplicados nas fases de doença aguda, em que a reversibilidade das patologias de base é realista e expectável.

Ainda são muitos os médicos que julgam que a sua obrigação é manter este tipo de doentes vivos a qualquer custo, e com isso impõem-lhes malefícios, tratamentos fúteis e agravamento do seu sofrimento, sem que com isso revertam o processo de base que é notoriamente irreversível. São situações de obstinação terapêutica,

como a investigação bem demonstra, seja no nosso país como no estrangeiro. São frequentes as situações que tipificam más práticas, com agressividade em fim de vida e recurso a meios desproporcionados no contexto de incurabilidade e prognóstico reservado – admissão em cuidados intensivos, realização de cirurgias, realização de quimioterapias ou de diálise, exames de imagem e culturas em excesso, recurso a terapêuticas desnecessárias, num padrão de cuidados bem descrito e conhecido. Esta obstinação terapêutica é condenável, deve ser evitada, e uma vez mais uma sólida formação ético-clínica é exigida aos diferentes profissionais de saúde no processo de decisão.

4 - A dor e a ética

No que à dor e ética ainda diz respeito, - um terceiro tópico neste meu curto escrito - convirá lembrar que nesta fase de doença avançada e incurável existe o equívoco de que a dor é o sintoma mais frequente, o que não é real – isso dependerá da patologia, oncológica ou não oncológica, mas habitualmente é a astenia e a anorexia que ocupam esse lugar. Nem a dor é o mais frequente nas várias patologias que implicam incurabilidade, nem o sofrimento destes doentes apenas é determinado pelas questões orgânicas. O que se preconiza é uma abordagem das várias dimensões do sofrimento do doente, sem nunca descurar as questões da busca de sentido, da espiritualidade e da dimensão psico-emocional. Se o controlo sintomático, nomeadamente da dor, da dispneia, do delírium ou das náuseas e vômitos, é imprescindível e uma prioridade, o certo é que as matérias de relevância, ainda que não de urgência, não devem ser deixadas para trás. Relevância e premência para o doente são dois eixos que se devem articular e conciliar na hora de delinear planos de cuidados e as respectivas intervenções. Simultaneamente, não se deve confundir maior fragilidade com existência de maior sofrimento. Os Cuidados Paliativos garantem que esse eventual sofrimento possa e deva ser tratável.

E se não se tiver bem presente o que atrás dissémos, far-se-á uma deficiente avaliação sintomática e, no caso concreto da dor, leva os mais imprevistos e inexperientes a valorizar como dor física aquilo que não é mais do que o componente existencial e emocional da mesma, expressado de forma enviesada. É este conceito que foi

cunhado por Cicely Saunders como dor total e mais não é do que o sublinhar que a dor que o doente expressa depende de múltiplos factores, não apenas dos orgânicos. Aquilo a que tantas vezes assistimos na prática é a doentes erradamente avaliados, medicados e intoxicados com opioides, nomeadamente transdermicos, cuja subida rápida pode implicar grandes incrementos na dose equivalente de morfina oral. Com uma avaliação mais correcta dos factores psico-emocionais – que não se tratam com opioides - e um maior recurso aos fármacos co-adjuvantes, certamente teríamos melhores resultados no controlo algico deste numeroso grupo de pacientes. Todos os fármacos de que dispomos são úteis e benéficos, se correctamente utilizados, nomeadamente todos os opioides.

Sobretudo na fase de últimos dias de vida (agonia) e/ou nos doentes com demencias avançadas, é comum poder surgir gemido, um sintoma com elevado impacto nos cuidadores, familiares e profissionais. Se por falta de experiência e preparação ele fôr mal avaliado pelos profissionais de saúde, é frequentemente confundido com dor. Isso faz espoletar um conjunto de medidas incorrectas, nomeadamente, o início de perfusões ditas de conforto – uma entidade clínica não cunhada, inexistente na boa literatura científica –, que levam à intoxicação do doente com morfina. Outras vezes, se esse gemido é associado a agitação psicomotora, avança-se apressadamente para a imobilização física agressiva do doente, uma questão envolta em inúmeras interrogações éticas. Este gemido é maioritariamente associado a quadros de delírio, que, após obrigatória exclusão de que o doente tem dor, deve ser tratado adequadamente com neuroléticos e/ou benzodiazepinas, não com opioides. A morfina é aqui desnecessária e inadequada, e esta intervenção, lamentavelmente cada vez mais difundida em enfermarias e serviços de urgência, prefigura má prática e deve ser abandonada. Esta prática nada tem que ver com o recurso, com base em critérios bem conhecidos, à sedação paliativa, intervenção reservada às equipas especialistas de Cuidados Paliativos, e uma prática minoritária nesses contextos. Importa lembrar que a percentagem de recurso à sedação paliativa, ainda que em cifras distintas, ocorre em baixos números e a maioria dos doentes assistidos por equipas competentes não morre sedado.

Ainda em matéria de boas práticas, eticamente enquadradas, no fim e no final de vida, convirá lembrar a necessidade de se realizarem desprescrições de fármacos inúteis e fúteis, e basta lembrar como o recurso a inibidores de bombas de prótons, heparinas de baixo peso molecular, estatinas, é comum – mas incorrecto e pouco ético – em doentes em final de vida (últimas semanas/dias de vida).

5 - Conclusão

Do que aqui trouxe, neste enquadramento de Ética, tratamento da dor e Cuidados Paliativos, volto a destacar a necessidade de uma sólida formação ético-clínica nestas matérias e de urgente correcção de más práticas, num processo de mudança que os doentes em sofrimento de nós exigem.

Existe evidência científica, existe enquadramento internacional – como o recente relatório da comissão Lancet sobre o valor da morte - e nacional – basta lembrar os planos nacionais de Cuidados Paliativos, não cumpridos, e a Lei nº 31/2018, que prevê para as pessoas com doenças graves e em fim de vida, para os seus cuidadores também, direitos sobre como ser cuidado devidamente, assumindo o respeito inquestionável pela proteção na doença e em que não se contempla a execução da morte a pedido. São direitos por concretizar, ainda não acessíveis a dezenas de milhar de portugueses, o que é verdadeiramente perturbador, para dizer o mínimo.

Que essa realidade penosa seja o impulso que nos deve levar, a cada um de nós, a ser parte integrante e activa deste processo de mudança, do processo em que o acesso aos Cuidados Paliativos não aconteça apenas a uma minoria dos portugueses. Os Cuidados Paliativos são cuidados de saúde que devem integrar um sistema de saúde moderno, não são uma mera opção, uma excrecência ou um facultativo.

Precisamos de profissionais preparados que abracem estes caminhos, com ética, rigor e ciência. E isso é uma emergência.

Bibliografia:

1. Buckman R. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology* 2005; 2: 183-142
2. Frade L., Santos RC, Neto IG; The Importance of Appropriate Management and Differential Diagnosis Patient's Vocalizations (Groaning or Moaning) In

the Last Days and Hours of Life ; Applied Medical Research, 2021 VOL 8, NO. 1, PAGE 1 – 6 DOI: 10.5455/amr.20201016

3. Gomes B. Palliative care: if it makes a difference, why wait? J Clin Oncol. 2015 May 1;33(13):1420-1. doi: 10.1200/JCO.2014.60.5386.
4. Kelley AS, Morrison RS. Palliative Care for the Seriously Ill. N Engl J Med. 2015 Aug 20;373(8):747-55. doi: 10.1056/NEJMr1404684.
5. Machado S, Reis-Pina P, Mota Ângela, Marques R. Morrer num Serviço De Medicina Interna: As Últimas Horas de Vida. RPMI. 1 de Abril de 2022 ;25(4):286-92.
6. Martins-Branco D, Lopes S, Canario R, Freire J, Feio M, Ferraz-Goncalves J, Sousa G, Lunet N, Gomes B. Factors associated with the aggressiveness of care at the end of life for patients with cancer dying in hospital: a nationwide retrospective cohort study in mainland Portugal. ESMO Open. 2020 Nov;5(6):e000953. doi: 10.1136/esmoopen-2020-000953.
7. Neto IG. Morphine Manifesto. Acta Med Port. 2016 Mar;29(3):161-3. doi: 10.20344/amp.7663.
8. Rachelle E. Bernacki,MD, MS; Susan D. Block, MD; for the American College of Physicians High Value Care Task Force; Communication About Serious Illness Care Goals A Review and Synthesis of Best Practices; JAMA Intern Med. 2014;174(12):1994-2003.
9. Romero I, Braga B, Rodrigues J, Rodrigues R, Galriça Neto I. “Desprescrever” nos Doentes em Fim de Vida: Um Guia para Melhorar a Prática Clínica. RPMI. 13 de Março de 2018 ;25(1):48-57.
10. Sallnow L, Smith R, Ahmedzai SH, Bhadelia A, Chamberlain C, Cong Y, Doble B, Dullie L, Durie R, Finkelstein EA, Guglani S, Hodson M, Husebø BS, Kellehear A, Kitzinger C, Knaul FM, Murray SA,

Neuberger J, O'Mahony S, Rajagopal MR, Russell S, Sase E, Sleeman KE, Solomon S, Taylor R, Tutu van Furth M, Wyatt K; Lancet Commission on the Value of Death. Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *Lancet*. 2022 Feb 26;399(10327):837-884. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02314-X.

11. Twycross R. Reflections on palliative sedation. *Palliat Care*. 2019 Jan 27;12:1178224218823511. doi: 10.1177/1178224218823511.
12. Twycross R. Palliative Care: What, Who, When, How?. *Translational and Clinical Medicine - Georgian Medical Journal*, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 28, nov. 2019. ISSN 2346-8491.



Luto paterno e a fragilidade masculina: um sofrimento silenciado na dor do pai*

Erika Maria Rocha Leite¹

Mirna Albuquerque Frota²

Andréia Braide³

Renato da Silveira Borges Neto⁴

Carlos Costa Gomes⁵

-
- 1 * Este artigo é o recorte de uma pesquisa em Saúde Coletiva encabeçada pela Prof.a Ms. Erika Maria Rocha Leite (UNIFOR). O período de levantamento de dados foi no mês de janeiro de 2015. O hospital escolhido para a pesquisa foi o Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, na cidade de Fortaleza, Ceará, no Nordeste do Brasil, hospital público localizado na Regional VI dessa cidade e que atende a uma população de 563.487 habitantes (IBGE, 2014). A amostra foi de quatro homens-pais nordestinos, acompanhantes de parturientes usuárias do hospital, que vivenciaram a perda de um filho antes, durante ou momentos depois do parto (feto morto ou natimorto). Eles aceitaram participar, de livre e espontânea vontade, após prévio conhecimento sobre o tema de estudo e formalização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Mestra em Saúde Coletiva – Universidade de Fortaleza (UNIFOR).
- 2 Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). *Posdoctor* em *Pédopsychiatrie* pela Universidade de Rouen – França. Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).
- 3 Ph.D em Saúde Coletiva – Universidade do Porto, Portugal.
- 4 Ph.D em Teologia – *Pontificia Università di San Tommaso d'Aquino* (Roma); pós-doutor em Espiritualidade e Tanatologia (EEAN-UFRJ) e em Bioética (Instituto de Bioética, Universidade Católica Portuguesa – Porto, Portugal). Psicanalista.
- 5 Doutor em Bioética; pós-doutor em Bioética e Medicina Narrativa – pelo Instituto de Bioética, Universidade Católica Portuguesa – Porto, Portugal; docente e investigador na Escola Superior Saúde Norte Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP); carlos.gomes@essnortecvp.pt.

1 - Introdução

Embora existam vários modelos de masculinidade derivados da inserção do homem na estrutura social, política, econômica e cultural, um modelo hegemônico emerge em cada contexto (Connell, 2005; Nolasco, 1995).

A construção da masculinidade predominante, no entanto, não socializa os homens para o cuidado de si ou dos outros (Ribeiro; Gomes; Moreira, 2017). Nesse contexto, o modelo hegemônico de masculinidade negligencia a importância da função paterna, vinculando-a apenas ao papel de provisão e apoio do binômio mãe-bebê (Ribeiro; Gomes; Moreira, 2017). Essa perspectiva está relacionada aos danos à saúde do homem, originados, em parte, da internalização de um estereótipo que ignora seus aspectos psicológicos, emocionais e afetivos (Gomes, 2011). Este fenômeno permanece claro no silenciamento do luto paterno.

O luto materno no Nordeste Brasileiro foi objeto de estudos antropológicos entre as décadas de 1960 e 1980. Sobre o luto paterno, porém, não podemos dizer o mesmo. As taxas alarmantes de mortalidade infantil sofreram redução importante a partir da década de 1990 (Lima; Medeiros; Carvalho; Alencar 2014). Além disso, a assistência obstétrica no Brasil vem sendo ressignificada a partir do movimento pela humanização do parto desde 2002 (Diniz, 2005). Simultaneamente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) explicita a relevância da paternidade na promoção da saúde sexual e reprodutiva do homem (Brasil, 2009). Nesse contexto, Fortaleza, capital do estado do Ceará, localizado no Nordeste brasileiro, foi pioneira na inserção do pai no processo do trabalho de parto (Rocha, 2010).

Este artigo situa-se neste vácuo deixado pelos estudos sobre as experiências do luto paterno diante da perda de filhos no Nordeste brasileiro.

Em 1992, a antropóloga Nancy Scheper-Hughes publicava o livro *Death without Weeping: the violence of everyday life in Brazil*, baseado em observações realizadas em uma comunidade pobre periférica da mata pernambucana no período de 1964 a 1984. A obra condensa observações já defendidas em artigos anteriores e defende a tese da negligência seletiva, segundo a qual as mães realizariam um menor investimento afetivo e material naquelas crianças mais frágeis, como estratégia para lidar com a elevada mortalidade infantil (Scheper-Hughes, Nancy, 1992). Essa

tese é contestada severamente por Nations e Rebhun (Nations, Marilyn K. & Rebhun, Linda A. 1988). As autoras realizaram um trabalho de campo com uma descrição minuciosa dos itinerários terapêuticos traçados pela população na assistência às crianças adoecidas nos anos de 1979 a 1986, em meio rural e urbano do Ceará. Nations e Rebhun consideram que a negligência seletiva descrita por Scheper-Hughes era, na verdade, parte de um processo de racionalizações para dar conta de um fenômeno doloroso gerado pelo sofrimento, não devendo ser denominada como uma estratégia seletiva da prole. Essas pesquisas são cruciais para antropólogos estudiosos no Brasil, mas há nesses estudos, o silenciamento sobre o luto paterno.

O luto paterno – que muitas vezes é deixado em segundo plano em face do luto materno, mais reconhecido e mais focado na morte do bebê – não é menos importante ou menos significativo do que a dor experimentada pela mãe. Pelo contrário, um complementa o outro, pai e a mãe conceberam a vida juntos. É essencial que o luto possa ser bem vivido e compartilhado para ambos, em sua dimensão materna e paterna. Nem a dimensão paterna pode diminuir o significado da dimensão materna, nem a dimensão materna pode diminuir o sentido da dimensão paterna.

Outro ponto em destaque é o momento histórico. Os estudos de Scheper-Hughes e Nations e Rebhun aconteceram em momentos históricos em que o Nordeste apresentava taxas de mortalidade infantil alarmantes. Essas taxas de mortalidade infantil sofreram redução importante a partir da década de 1990 (Helsly et al., 2014). A participação ativa do homem no pré-natal e no parto vem influenciando a ressignificação das identidades masculinas, incluindo os sentidos atribuídos à paternidade (Braide et al., 2019)

A resposta do pai à perda gestacional é semelhante, mas menos problematizada que a da mãe (Badenhorst e Hughes 2007); é também menos percebida, menos investigada e, consequentemente, menos reconhecida socialmente. Considera-se, em princípio, que as mulheres expressam melhor os sentimentos e buscam mais apoio após a perda (estilo intuitivo), enquanto os homens são mais voltados para a ação e resolução de problemas, mais reflexivos e mais preocupados em fornecer apoio emocional aos parceiros. É importante, no entanto, perceber que essas diferenças podem representar estereótipos de gênero que devem ser desconstruídos como tal, e que é aceito que as características de um e de outro estilo possam estar presentes, em um *continuum*, tanto no homem quanto na mulher (Doka, 2000; Douglas and Fox, 2009).

Salienta-se, deste modo, a importância de situar o sofrimento emergente do pai como centro deste estudo, envolvendo a ressignificação desde assistência obstétrica e de como esta mudança influência nas subjetividades masculinas (Braide et al., 2019).

Neste artigo, portanto, o foco descrito mostra como acompanhar e auxiliar o pai-homem nesse processo de luto, reconhecendo a humanidade desse homem que, muitas vezes, pode sofrer até mais diante dessa realidade de perda do que a própria mãe-mulher. Enquanto a dor materna é rapidamente percebida e aceita pela sociedade, muitas vezes a dor paterna é como uma hemorragia interna, uma dor de difícil percepção ao olhar de fora; muitas vezes os sintomas só vêm à tona quando o sangramento atinge seu estágio fatal e com grande dificuldade para ser tratada (Leite, 2016).

Nesse caso, a referência “fatal” diz respeito ao mais íntimo de si mesmo, dos sonhos, desejos, perspectivas, caráter. Amputar esse sentimento do pai-homem é amputá-lo de si mesmo, de sua essência, daquele que também é gerador da vida. Seu bebê pode não apresentar mais sinais vitais, mas permanece vivo em sua memória, em sua história; seu filho continua sendo vida de sua vida (Leite, 2016).

Para entender bem este estudo, é necessário conhecer esse homem e seu contexto de vida e sua relação com a morte. É preciso também compreender a realidade hospitalar em que esse pai está inserido; apenas assim, é possível perceber como a perda gestacional aflige esse pai.

2 - Métodos

Foi realizado estudo qualitativo (Gomes, 1994), baseado nos pressupostos da Antropologia estabelecidos em recursos etnográficos e, como lente teórica, Kübler-Ross (KÜBLER-ROSS, 2007). O cenário da pesquisa foi um hospital secundário em Fortaleza (Ceará, Brasil), referência em saúde materno-infantil, localizado na Secretaria Executiva Regional VI (SER VI). O programa institucional “Parto que te quero perto” foi implantado nesta maternidade, em 2009, para aproximar o homem do processo de gestação, parto e pós-parto, contribuindo para a ressignificação da paternidade. Mais do que questões técnicas, esses momentos

buscam destacar a experiência de ser pai.

A escolha do local foi motivada pelo pioneirismo hospitalar no cuidado ao parto humanizado na região Nordeste do Brasil, com a participação do pai no pré-natal e no parto, sendo a unidade hospitalar referência no município de Fortaleza, capital do Ceará.

A amostra foi composta por três homens nordestinos que eram usuários do Hospital envolvido e concordaram livremente em participar, após o conhecimento prévio e consentimento formalizado com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo aconteceu entre janeiro e novembro de 2016 e usou-se como técnica a entrevista semiestruturada (Minayo, 2012) abordando aspectos de identificações pessoais como: faixa etária, escolaridade, seguidos de questões sobre os sentimentos deste homem-pai relacionados à perda, morte e luto. Foi considerada a observação livre, diário de campo e gravações, onde o pesquisador estava inserido no campo da pesquisa observando os procedimentos, as inter-relações e reações.

Os dados foram processados dentro da análise de conteúdo de Bardin (2016); foi realizado o processamento, categorização e, posteriormente, a interpretação discutida de acordo com a Etnografia e a literatura pertinente ao tema estudado (luto e sofrimento paterno), respeitando a Resolução 466/12 do Comitê de Ética em Pesquisa, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, referentes aos princípios de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (Brasil, 2012). Os participantes tiveram seu anonimato garantido, acesso aos dados da pesquisa e seus direitos protegidos e protocolo CEP nº 1.415.960.

3 - Resultado

No hospital público da periferia de Fortaleza, Ceará, Brasil, os pais participantes da pesquisa vivenciaram um processo avassalador de luto pela morte perinatal. Eles expressaram sentimentos masculinos e profundos sobre seus filhos falecidos com uma semântica carregada de significado emocional e afetivo, como: *“Nunca esquecerei meu filho”*, *“Meu amor por ele será eterno”* e *“Eu me lembrarei dele para sempre”*. Os pais entrevistados expõem suas expectativas durante a gravidez e o choque desconcertante no

momento da morte da criança. Suas linhas expressam a ruptura de planos e sonhos futuros e as inseguranças para lidar com a realidade da perda. Eles são capazes de esquecer sua própria dor para apoiar e confortar suas esposas e companheiras, as mães de seus filhos.

A seguir, apresentaremos três casos de óbitos perinatais vivenciados pelos pais Eduardo, Cristiano e Sérgio. A multivocalidade desses pais sobre a morte de seus filhos revela a singularidade da construção cultural da perda e da dor. Os detalhes da experiência subjetiva de cada caso ilustram como o sofrimento da morte e do luto é amplificado pela biologia “enganosa” da gestação, da deslegitimação do discurso paterno e do contexto hospitalar que, de maneira insidiosa, viola o princípio da humanização - Cuidado. O último caso demonstra a capacidade paternal de suportar “*o insuportável*”, o falecimento de uma criança. Durante um duplo luto do filho e do avô, o pai renuncia milagrosamente à morte dos amados. Assim, o luto paterno é capaz de atribuir um novo significado à perda definitiva de vida e ao amortecimento, embora não elimine o sofrimento, a dor e o sofrimento prolongado.

4 - Pai Grávido de “ovo cego”

Eduardo, 30 anos, regozijou-se ao ver sua esposa, Renata, de 17 anos, anunciando que estava grávida!

Vale contextualizar que, segundo o relatório “A Criança e o Adolescente nos ODS (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável)”, editado pela Fundação Abrinq, o Ceará é o quarto estado do país com maior número de casamentos de meninas menores de 19 anos. O estudo, realizado com dados de 2015, mostra que 6.996 meninas com menos de 19 anos estavam casadas neste período no Ceará. As estatísticas registram apenas uma parte do problema, já que maioria das uniões são informais, especialmente nas comunidades mais vulneráveis (Fundação Abrinq., 2017). A análise destaca que, embora um casamento na infância ou na adolescência possa criar ou exacerbar fatores de risco, ele é frequentemente percebido por meninas ou membros da família como possibilidades de estabilidade em contextos de insegurança econômica e oportunidades limitadas (Taylor, A.Y., Lauro, G., Segundo, M., Greene, M.E. 2015).

Renata é uma dessas meninas. Eduardo é um desses maridos.

Trazer o contexto em que essa união e essa gravidez se situam é crucial para a compreensão do lugar de fala de Eduardo.

O vínculo de Eduardo com o bebê foi fortalecido com o passar dos meses. Ele relata que costumava deitar-se ao lado da esposa grávida e abraçá-la com intuito de sentir seu filho, Gladson Levi. Ele julgava senti-lo chutando a barriga da esposa. Ele queria ver sua esposa se tornar mãe depois de abortar os dois primeiros filhos. No entanto, às três horas da madrugada de 24 de novembro de 2016, seu desejo foi conduzido por outro caminho. Eduardo relata ter sido conduzido pelas circunstâncias a deixar Renata sozinha no hospital porque não podia faltar ao emprego. Já internada, a resolução do problema estava demorando. As explicações não eram fornecidas de modo claro, o que deixou Eduardo e Renata sem entenderem ao certo o que se passava com seu filho. Tinham entendido que, no momento da internação, Renata estava em trabalho de parto. Ele imaginava que ocorreria um parto extremamente prematuro, mas não podia cogitar o que viria a acontecer. Renata telefonou para o marido e deu a notícia: o filho nasceu morto! Transtornado, Eduardo correu para o hospital: *“Eu voei para o hospital, droga, para se livrar de um acidente”*. Ele entrou no alojamento conjunto muito perturbado. Eduardo se aproximou da pálida esposa, tremendo e chorando em silêncio. Ambos se abraçaram por um longo tempo. *“Era apenas tristeza, choro, choro. Ela estava chorando de um lado e eu estava do outro”*.

O obstetra entrou rapidamente no pós-parto para examinar Renata. Ele explicou ao casal que isso era, na verdade, uma gravidez anembrionária ou “Ovo Cego”. Nunca houve a materialidade do feto, o corpo físico do Gladson Levi, filho de Eduardo e Renata. Para ele, o filho era real. Ele amou o filho; julgou sentir seus movimentos. Agora sabia que não chegou a haver desenvolvimento embrionário. No entanto, não diminuiu o sofrimento. Eduardo ficou enojado com as palavras do médico e *“gravidez enganosa”*. Ele não aceitou o fato de que a esposa teve um teste de gravidez positivo e fez quatro consultas de pré-natal que ele mesmo acompanhou. No entanto, Renata não fizera nenhuma ultrassonografia. Este exame teria mostrado a ausência do embrião. A negação de Eduardo acerca da ausência material de seu filho era tal, que ele chegava a falar de enterro: *“E, agora, precisamos organizar o papel para fazer o enterro. Eu sonhava em ter um menino, mas ele foi embora!”*

Os profissionais que assistiram Renata na internação na emergência demonstraram habilidades de comunicação precárias. A falta de cuidado em esclarecer o que de fato transcorria majorou a dor

da perda. Não bastasse esse lapso preliminar, a internação foi causa de sofrimento adicional. Na acomodação hospitalar, a mãe-enlutada dividiu a sala com três novas mães e seus bebês, que dormiram juntos com seus bebês. Três recém-nascidos que estavam vivos. Eduardo notou o longo silêncio de sua esposa, que chorava quando outra mãe amamentava seu bebê. Ele também sofreu vendo e ouvindo os bebês vivos: *“Ela viu os meninos chorando. Oh, você está pensando em nós, certo? E eu também”*. Seu marido temia que ela pudesse “cair em depressão” vivendo no mesmo ambiente que outras mulheres acalentando o choro dos bebês, rindo de fofocas incomuns, beijando seus pequeninos. Descontente com a violência velada da situação, Eduardo solicitou a transferência para outro hospital. Um assistente social tentou persuadi-los a ficar lá. No entanto, ele insistiu que era um contexto insuportável para aqueles que não tinham bebês em seus peitos, e muito menos um embrião.

Havia apenas lembranças “cegas” que ficaram. Eles sofreram com a morte de um bebê que nunca existiu. Eduardo disse: *“Ele é um pedaço de mim, e ele permanecerá em nossos corações para sempre. Memórias são para sempre”*. Embora o pai-enlutado pense que eles precisarão de ajuda profissional de um psicólogo para superar a morte de um bebê nunca existente, é mais difícil para ele ter folga das exigências do trabalho para participar, “eu preciso trabalhar duro para sustentar meus filhos, não é?”. No entanto, Eduardo pretende imortalizar a criança em sua própria pele. Ele terá o nome de seu filho tatuado em seu ombro, como fez com suas duas filhas também mortas em período gestacional. Cada vez que ele olha para seus pulsos e vê os nomes de suas garotas, Laura e Laís, escritas em letras cursivas entre duas estrelas; ele se lembra do brilho que elas trazem para sua vida. Este tributo inscrito na carne, ele pensa, sela a relação do amor para sempre. Ele criou sua própria “terapia” para lidar com a tristeza. “Nós vamos levantar nossas cabeças e seguir em frente até onde Deus permitir, certo? Porque nós não queremos isso, mas aconteceu, certo? Naquele momento, é apenas um desejo no pensamento e na alma!”

Eduardo reconhece a importância do trabalho dos profissionais, como os psicólogos, para ajudar neste momento difícil: “É certamente bom ter uma pessoa para conversar no momento e que possa entender nossa dor. Uma pessoa a quem podemos desabafar, chorar e possamos seguir em frente”.

5 - Experiência de Ser Pai Grávido Deslegitimado

Cristiano, de 33 anos, telefonou às 3 da manhã para um taxista levar sua esposa, Patrícia, 30, grávida de 39 semanas e 5 dias, para o hospital público mais próximo. Ela estava com dor pélvica grave. Embora nervoso, Cristiano não esqueceu de pegar todas as ultrassonografias pré-natais e documentos de sua esposa que já estavam organizados em uma maleta em caso de emergência: “Eu tinha em mãos todas as ultrassonografias, todas as morfológicas e as normais. Eu tinha todas os exames! Era uma menina”, gritou ele. Ele relata tê-la acompanhado em todas as seis consultas de pré-natal, assegurando-se de que a futura mãe tomasse a vacina antitetânica e seguisse uma dieta equilibrada e saudável. Segundo Cristiano, a única complicação que Patrícia sofreu foi uma infecção do trato urinário. Cristiano relatava ter vivenciado todos os momentos da gestação muito de perto, tendo participado das consultas e dos encontros de pais. Ele aceitou a vivência oferecida pelo serviço de participação do pai no processo da gravidez e do nascimento e a aproveitou ao máximo.

O momento do Parto, contudo, não foi como o desejado. Patrícia foi internada na sala de emergência com pré-eclâmpsia grave e descolamento prematuro da placenta. Devido à gravidade do caso, o obstetra realizou uma cesariana. No momento da retirada do bebê, este não apresentava batimentos cardíacos. Manobras de ressuscitação, intubação, massagem cardíaca e administração de adrenalina foram realizadas. A causa da morte foi anoxia devido ao deslocamento placentário; *“nós não tivemos sucesso. Eu não tive sucesso como pai, nem os médicos em cirurgia. Eu não tive sucesso como pai tendo uma filha em seus braços, nem os médicos tiveram sucesso na cirurgia”*.

Quando ficou sabendo da morte de sua filha, Cristiano foi dominado por sentimentos de revolta e culpa, ele gritou: *“Eu queria uma cesárea precoce, pedi uma cesariana precoce”*. Esse pai, que se vestia modestamente, jeans, camiseta e óculos, também era forte, apesar de seus gestos medidos. Depois de um grande lamento, já cansado de chorar, andou muito devagar no corredor do hospital, enquanto outros pais caminhavam com os filhos vivos nos braços. Esta já foi a terceira perda gestacional consecutiva do casal; nas outras duas perdas as gestações chegaram até o sétimo mês. A primeira e única filha viva do casal nasceu em um parto em que foi realizada uma cirurgia cesariana precoce, por isso Cristiano insistiu tão intimamente com os médicos que acompanharam a gravidez,

durante o Pré-Natal, que ele queria que o mesmo procedimento fosse realizado. Ele explicou detalhadamente aos obstetras cada história das outras três gravidezes, expôs o sofrimento da esposa em partos sem sucesso, praticamente implorou pela intervenção de uma cesariana precoce. Infelizmente, nenhum médico aceitou, e no final dos nove meses o bebê nasceu morto: *“Foi uma vida que se foi, foi um pedaço de mim e sua mãe, o que se foi não tem retorno”*.

Esta tinha sido uma gravidez planejada; o quarto da filha estava pronto. Cristiano, assim como outros pais que acompanham suas esposas no serviço em questão, pode ser considerado um pai atípico dessa região do Nordeste brasileiro. Pode-se dizer que ele também estava grávido, porque ele viveu essa gestação afetiva e efetivamente junto com sua esposa. Suas expressões de dor pós-parto foram fortes e profundas ao ponto de questionar a equipe médica do hospital onde o pré-natal foi realizado, assim como seus próprios valores existenciais. O caso de Cristiano é realmente um quadro muito peculiar de sofrimento contínuo e pode ser considerado crônico.

Este pai-grávido, grávido emocionalmente, mesmo na alma estava grávido. Cumplicidade, sensibilidade e comunhão o definem. Como alguém pode não ouvir a gravidade de seus sentimentos? Como essas perdas podem ser elaboradas? Como se pode dialogar com um conselho médico que não considera a fala do pai em toda a sua complexidade? Como lidar com o sentimento de desamparo desse homem diante da negação dos médicos?

Admitir que o evento da morte vai além de sua própria capacidade de resolver e buscar ajuda adequada pode ser um primeiro passo para o amadurecimento desse ciclo delicado e doloroso de perda gestacional. Patrícia apresentava pré-eclâmpsia. Esse quadro requer um cuidado especial em decorrência de sua gravidade. Para isso, os aspectos técnicos são extremamente importantes. A Medicina Baseada em Evidências é crucial para a assistência tecnicamente correta a esses casos. Contudo, se a técnica é importante, ela não é o suficiente. Diante de um relato de três gestações com desfechos trágicos e de uma gestação complicada por uma Síndrome Hipertensiva, faltou aliar a técnica à humanização da assistência, à escuta adequada e ao acolhimento das dúvidas, dos questionamentos e também da dor desse pai e dessa mãe.

6 - Eterna Paternidade que Supera a Perda

Rita, grávida de 28 semanas, acordou o marido Sérgio, 28 anos, queixando-se de dor esporádica no baixo-ventre. Embora não houvesse sangramento ou perda de líquido amniótico, o jovem casal entrou em pânico porque era muito cedo para o filho nascer.

De sua residência nos arredores de Fortaleza, demorou quase 40 minutos no trânsito para que Sérgio chegasse à emergência da maternidade. Durante os 20 ou 30 minutos que aguardavam a participação da enfermeira rastreadora, Sérgio lamentou estar no hospital público para um parto cercado de incertezas e ameaças. O plano de saúde privado que ela pagava todos os meses não cobria os cuidados com a gravidez e o parto. “Acabei chegando a um hospital público”, lamentou Sérgio, sentindo-se inseguro na instituição feita “pela multidão ... que era tão fraca na estrutura e limpeza”. A condição física era precária: “sala de recepção” com banheiro quebrado, tinta das paredes manchadas e água da chuva jorrando do teto; ele ficou ainda mais ansioso. A enfermeira, preocupada com os resultados do rápido exame inicial, chamou o obstetra de plantão. O casal ficou paralisado pelas más notícias, tentando entender o verdadeiro diagnóstico: o primeiro bebê, Bruno, ainda aconchegado na barriga da mãe, estava morto.

Admitida à maternidade por “resolução da gestação interrompida em 28 semanas”, Rita foi submetida à indução do parto para expelir seu filho morto com medicação via vaginal para estimular as contrações uterinas a ter um nascimento cefálico “normal” do feto. Após 24 horas, nada de expulsão e estes pais tinham seu sofrimento mais latente do que qualquer contração.

No entanto, antes de expulsar o filho morto, outra perda, o pai de Sergio, o avô do bebê, morreu dois antes e foi enterrado. Chorando, o jovem fala da dupla dose de morte que bateu à sua porta: “Na quarta-feira, antes de meu filho morrer, perdi meu pai e dois dias depois, perdia meu filho. Eu só queria chorar... Eu queria saber por quê tudo isso estava acontecendo de uma vez”.

Mesmo em angústia, ele não queria mostrar um ar de fraqueza diante de sua esposa, que ainda sofria das contrações induzidas para dar à luz ao seu bebê Bruno, que havia morrido. “Eu não queria chorar na frente dela. Minha intenção era ser forte para apoiá-la”. Com sua espiritualidade buscou a fé e força interior para enfrentar as perdas, “Nossa Senhora me ouviu”.

Somente após quatro dias de internação, Rita expeliu prematuramente um feto morto. Para “remover os restos”, o obstetra realizou uma curetagem no útero, dolorosamente sem vida. Na verdade, a mulher grávida havia expulsado não apenas um feto humano sem vida, mas também todos os sonhos, desejos e planos para a criança. Para o casal enlutado, o filho, Bruno, já era tão “real” quanto o bebê chorando no berço ao lado. O argumento bem intencionado do profissional de saúde de que o casal “era jovem e saudável e poderia ter outras crianças” em vez de os consolar, teve o efeito oposto: aumentou a sensação de que seu filho era único, único e insubstituível. Por vezes é preciso olhar pela lente da sensibilidade e ética.

Simbolicamente, a interrupção da gestação representou a ruptura do ciclo natural da vida familiar para este homem. Perder uma criança antes de sua própria morte, explicou Sérgio, é contra a “Lei da Vida” e muda a continuidade familiar, um forte valor moral. Foi filho único, se espelhou no papel masculino de seu próprio pai, “um homem carinhoso e afetuoso”. Estudou farmácia na universidade para trabalhar no negócio de seu pai, dono de várias farmácias, além de, como era tradição em sua família, assumir firmemente o papel de provedor, e agora deveria assumir os cuidados de sua mãe, agora uma viúva. E com a morte de seu pai e filho na mesma semana, Sérgio é agora o único homem na linha de sucessão.

A ressignificação da dupla perda de vida, portanto, é o trabalho de luto por este homem. Baseado em sua religiosidade e visão de vida após a morte, Sérgio transfigura, em seu imaginário, tanto a continuidade da linhagem familiar quanto a eterna paternidade. Mesmo sem sinais fisiológicos vitais, Sérgio assume que ele é o “pai” de um menino; sua esposa, Rita, é a mãe. Juntos, os três formam uma família. “Sinto-me, sim, como pai, embora Bruno não viesse ao mundo vivo. No entanto, como sou pai, ela também é mãe e nós somos uma família”. Ele ainda projeta, no futuro, a vitalidade do filho morto que não apenas vive em outro plano, no céu, mas também cresce de maneira saudável. Ele explica que olhar atentamente para o corpo sem vida do feto ajudou a “*imaginar como ele seria bonito!*” Assim, esse pai enlutado pode, em seus pensamentos particulares, ressuscitar o único filho e acompanhá-lo através dos anos até a sua própria morte.

“Eu sempre terei um vínculo com meu filho, sim!” Porque eu pretendo enterrá-lo com meu pai que está no mesmo lugar onde minha avó está enterrada. Então, eu vou visitá-los, certo? Eu vou visitar meu pai, eu vou visitá-lo”. Sérgio acredita que o avô de Bruno

cuidará do menino no Céu dando continuidade ao papel paternal do cuidado: “Meu pai está cuidando dele”.

O duplo luto por esse pai está sendo um processo de “amadurecimento na vida”. Construir na mente e alma a continuidade familiar na eternidade, alivia a angústia pós-morte nele: “Eu não sinto revolta, não. Acho que estou suportando bem. Luto pra mim, agora, é apenas um momento de dor, de reflexão, de pensar mais sobre a vida, né? É um momento de conversar comigo mesmo”. Assim, ressignificando a morte do pai e do filho, Sérgio consegue suportar a dor da perda de dois familiares queridos.

7 - Discussão

Como quaisquer aspectos identitários, a paternidade é uma construção social influenciada diretamente por aspectos subjetivos e socioculturais (Ribeiro, 2015). Sabemos que esforços vêm sendo empreendidos na assistência obstétrica no Brasil, no sentido de aproximar o pai do processo do nascimento (Rocha, 2005). Há evidências de que essa mudança na assistência tem humanizado o processo do nascimento e contribuído positivamente para a ressignificação do ser pai de muitos homens (Braide et al, 2019). Contudo, mudanças de construções sociais tão arraigadas não ocorrem da noite para o dia. O que os relatos nos mostram é que mesmo em instituições comprometidas com a humanização do parto e com a inclusão do pai no processo do nascimento, diante de um caso de gravidade, seu luto não é acolhido.

Apesar da inserção do homem no processo de pré-parto, parto e puerpério, apesar dos avanços já obtidos (e que não podem ser desconsiderados), em momentos de desfechos graves ainda há negligência dos aspectos emocionais desse homem-pai, que é colocado apenas na função binômio de apoio da mãe-bebê. Pode-se inferir desses relatos, que a dor das mães também não foi abordada, demonstrando a persistência de lapsos de humanização da assistência, apesar da proposta do serviço. Essas dores, contudo, não foram objeto dessa pesquisa. Registre-se aqui somente que não devem ser desconsideradas ou minimizadas.

Vale lembrar do contexto no qual nossos informantes se inserem: uma região do país marcada pelo estigma, violência

e influência machista (Brilhante et al, 2018). A construção das identidades masculinas nessa região segue arraigada ao ideário de masculinidade que a associa com força, violência e virilidade (Brilhante et al, 2018). Nossos informantes não destoam desse lugar: são provedores e associam cuidado à função paternalista de assegurar que a mulher tome as vacinas e alimente-se adequadamente, como é esperado dentro do modelo de masculinidade hegemônico no Nordeste do Brasil (Albuquerque Júnior, 2003). Essas características se fortalecem em um contexto de vulnerabilidade social. Diante de condições desiguais de distribuição de renda no Brasil, o homem pobre é condenado a não cumprir – ou ter dificuldades em cumprir – o provimento de sua família, o que pode colocar em risco sua masculinidade e reforçar o uso da força física como modelo de afirmação da masculinidade (Longhi, 2001).

Nossos informantes demonstraram, contudo, que mesmo esta masculinidade hegemônica é um estereótipo; e estereótipos não representam pessoas em toda sua complexidade. Eduardo, Cristiano e Sérgio precisavam ser, porém não foram, acolhidos em seu luto por uma confluência de fatores que incluem falhas estruturais no serviço e negligência atitudinal dos profissionais envolvidos, reforçada por aspectos culturais. Essa negligência situa-se em contexto assistencial e bioético que vem culturalmente negligenciando a saúde do homem, em grande medida por internalizar em suas estruturadas os estereótipos hegemônicos de masculinidade (Ribeiro et al, 2017).

A construção da masculinidade predominante no Brasil legitima o mito da invulnerabilidade masculina e não estimula os homens para o cuidado de si ou do outro (Separavich; Canesqui, 2013). Esse modelo cultural prejudica a atenção à saúde do homem por uma série de fatores, dentre os quais: a vacância nas unidades de atenção primária à saúde (APS) e a busca tardia de serviços de saúde, quando o sujeito já se encontra em estado avançado de adoecimento (Couto; Gomes, 2012). O fato é que as políticas públicas voltadas para homens esbarram em questões culturais na implementação (Gomes et al, 2012), o que é reforçado em nossos resultados. A contraposição do homem que precisa ser forte em oposição a mãe e o bebê, percebidos como os componentes mais frágeis e vulneráveis, compõe esse complexo cultural que contribui para a negligência do luto paterno.

Como resultado, tais paradigmas influenciados pela nossa cultura de gênero, impedem que os profissionais de saúde – e os homens – se percebam como sujeitos dos direitos à saúde. Os frutos desse processo são ações voltadas para a paternidade que

não podem concretamente incluir os homens nas ações de saúde em geral, e articular-se com ações que historicamente têm mulheres e crianças como alvos de atenção (Ribeiro; Gomes; Moreira, 2017). Considerando esse contexto, acreditamos que o luto paterno precisa ser mais bem trabalhado e que o pai precisa estar totalmente integrado à unidade familiar. Os serviços precisam considerar a unidade familiar como uma tríade pai-mãe-bebê e não como um binômio, cuja função paterna é simplesmente fornecer apoio.

Nesse contexto emerge a necessidade de revisão de conceitos e práticas sobre a morte no processo vital, situações limitantes como doença, enfrentamento da morte real e o processo de luto (Franco; Kovács e Carvalho, 2011). Até que ponto se pode falar em liberdade de ação dentro dessa rede de valores e representações? É possível, no século XXI, uma educação saudável para a morte? (Kovacs, 2003). Um alerta sobre os cuidados com a bioética no enfrentamento do direito cidadão de, simplesmente, sofrer.

O luto é a resposta esperada diante do rompimento de um vínculo com alguém muito próximo, considerado um estressor grave que normalmente causa sintomas de dor aguda de progressão satisfatória. Normalmente, não necessita de intervenção clínica, entretanto, pode evoluir para uma condição debilitante crônica (Shear et al., 2012); por isso, torna-se tão necessário perceber, admitir e compartilhar a dor, pedir ajuda, permitir a si mesmo ser ajudado e viver esse momento.

A resposta do pai à perda gestacional é semelhante, mas menos pronunciada, que a da mãe (Badenhorst e Hughes, 2007) e, ao que se tem percebido, menos investigada e socialmente menos reconhecida, até pelos diferentes papéis, o modo de vivenciar a gestação e a grau de apego estabelecido com a criança. Considera-se, em um primeiro momento, que as mulheres expressam sentimentos de um modo mais satisfatório e buscam mais apoio após a perda (estilo intuitivo), enquanto o homem é mais voltado para a ação e resolução de problemas, é mais atencioso e se preocupa em fornecer apoio ao parceiro (estilo instrumental).

No campo de coleta de dados, os homens participantes mostraram seu sofrimento profundo com o impacto da perda e que, ao mesmo tempo, foram tomados pela necessidade de “resolver” procedimentos burocráticos e práticos com relação à morte da criança.

Devido às expectativas sociais, espera-se que os homens tenham mais autonomia do que as mulheres. Por isso, acabam tendo maior

dificuldade em expressar publicamente suas fraquezas e pedir ajuda, pois para eles isso seria um sinal de que eles não são autônomos o suficiente para resolverem seus problemas sozinhos e, portanto, não corresponderiam às expectativas colocadas neles (Doka, 2000). Por causa dessa cultura, eles passaram a acreditar que suas perdas não deveriam incomodar os outros. Eles devem ser capazes de enfrentar suas perdas sozinhos. Isso ocorre de forma diferente com mulheres que expressam facilmente seus sentimentos e acolhem a ajuda de amigos e parentes com mais tranquilidade, pois isso é permitido e até esperado socialmente.

No caso da perda gestacional, a negação da complexidade da dor pelo homem pode ser ainda mais grave. É verdade que o processo de luto da perda reprodutiva ainda não é bem compreendido. É por isso que é essencial que devemos prestar mais atenção à manifestação do luto gestacional na realidade dos homens, já que eles tendem a tornar invisível sua dor (Seffel, 2006).

Os homens aqui mencionados reconhecem o grande sofrimento da mãe e dão a esse sentimento prioridade sobre o próprio sofrimento. Os pais estão lutando para sustentar suas esposas, ser seus parceiros neste momento, até mesmo esquecem sua própria dor para cuidar de sua esposa e companheira. Esquecer sua própria dor para satisfazer a necessidade do outro é louvável, mas não podemos dizer que isso signifique que o luto não existe e não precisa ser cuidado, pelo contrário, quanto mais o homem admite e se permite sofrer, melhor ele vai entender a mulher e permitir que ela sofra. Ao reconhecer e expressar sua dor, o homem também admite sua necessidade de ser apoiado e ajudado também.

É nesta reciprocidade de vínculos que o luto pode ser processado com saúde. É essencial que, no momento da morte gestacional, a diferença entre homem e mulher seja reconhecida e, ao mesmo tempo, possa ser vista de maneira muito positiva e vital. Admitir essa diferença é reconhecer a necessidade de complementaridade que favoreça profundamente e fortemente os laços.

O luto é diferente em cada cultura e em cada estágio do desenvolvimento individual, e sofre influência social (Papalia e Feldman, 2013). Assim, compreender o processo de luto requer tempo e deve-se reconhecer os diversos fatores e variáveis para pensar o diagnóstico clínico (Freitas, 2000). No nordeste do Ceará há uma característica que foi imposta aos homens, é o “bode sim senhor!”, uma expressão típica desta região. Aquilo que chamamos de machismo. Essa característica prendeu muitos homens em estereótipos duros, que não lhes dá permissão para chorar ou

para mostrar sensibilidade; entretanto, durante as entrevistas, foi percebido que esse paradigma passava por algumas transformações, ou seja, os homens entrevistados mostravam sentimentos e emoções de arrependimento, choravam e expunham sua sensibilidade em relação à morte e ao luto.

Em relação ao hospital envolvido, os pais reconhecem a humanização dos profissionais de saúde, mas admitem necessitar de melhoras na estrutura física do ambiente hospitalar, que é deficiente. No ambiente profissional desse hospital, a percepção da dor paterna no momento da perda gestacional já está sendo percebida melhor e estão sendo mais cuidadosos.

No entanto, ao mesmo tempo, por se tratar de um hospital público localizado em uma região de risco, existe um clima de tensão e desconfiança em relação aos próprios pais, principalmente com situação sócioeconômica baixa, estigmatizados pelo preconceito. Isso não favorece a que esse homem faça uma catarse das emoções nesse momento crítico (Kovács, 2003). A trajetória do luto vivido por esses homens revela uma característica peculiar do homem nordestino: a capacidade de enfrentar situações trágicas em um contexto social marcado pela corrupção e pela desigualdade social, onde o Estado não garante a autonomia do cidadão.

A perda gestacional implica um impacto profundo no casal e na vida familiar. Expectativas sobre o novo morador, projeções sobre o futuro com a nova criança, mudanças nos hábitos e ambientes do lar para acolher o recém-nascido, preocupações sobre o cuidado que será necessário para o bebê, tudo isso, aparentemente, é drasticamente desconstruído. No entanto, embora seja uma desconstrução real do evento da chegada de uma nova vida, exige tempo e esforço para uma desconstrução subjetiva de emoções e sentimentos (Papalia e Feldman, 2013). Esse impacto da perda gestacional, aliado aos desafios do contexto em que esses pais estão inseridos, exige um olhar cuidadoso para aqueles homens que, mesmo quando estão indefesos, tentam sustentar suas famílias.

Os pais aqui, mesmo com fortes traços do homem nordestino, “cabra macho, sim senhor”, expressaram grande sensibilidade quanto ao sofrimento e para demonstrar seus sentimentos. Durante as entrevistas, eles foram emocionais, choraram, manifestaram seus transtornos psíquicos e afetivos antes da morte do filho. Isso revela que o perfil desse macho está passando por transformações (Kübler-Ross; Kessler, 2007), mas que é necessário investir em uma “educação para a morte” através de reflexões profundas.

Todos esses homens de origens muito diferentes admitiram que era bom conversar com alguém sobre a morte e o luto do filho, todos expressaram que gostariam de continuar um processo, seja em um grupo terapêutico, seja em uma terapia pessoal em relação a ele, para lamentar. Isso indica que esses homens começam a elaborar melhor sua complexidade humana e que não podem mais ser estigmatizados como um animal, um(a) cabra. Expressando sua capacidade de reconhecimento e confronto de luto de forma efetiva e afetiva, esse pai nordestino mostra uma evolução positiva quanto aos determinantes antropológicos do homem simples da região Nordeste. O solo árido e seco deixará de determinar um caráter grosseiro e irracional. Mostra que, embora marcado pelas consequências desse ambiente, esse homem é capaz de ir além das influências e marcas de um mundo desolado de misérias. Isto significa força de influência sobre uma realidade, e não simplesmente deixar-se influenciar por ela.

Os pais que participaram deste estudo mostraram uma percepção sensível sobre as consequências da perda gestacional de seus filhos, mesmo pertencendo a uma cultura machista. Eles também sofrem a pressão das classes sociais. O pai da família, geralmente, sofre de um contexto social de pobreza, onde a renda per capita é subornada e injustamente distribuída. Ele carrega consigo a fadiga e a insatisfação no trabalho. Além disso, na maioria das vezes, eles estão restritos a desempenhar apenas o papel do provedor material e financeiro da família, sem compromisso afetivo e emocional. Consequentemente, isso cria um ambiente familiar hostil e, na maioria das vezes, evolui para violência e dominação diante de mulheres e crianças. No entanto, mesmo com todos esses determinantes, os pais entrevistados mostraram um profundo choque emocional com a morte dos filhos e uma grande preocupação com os sentimentos da esposa ou companheira.

Também foi notado que esses pais demonstraram a capacidade de continuar o vínculo. Em suas linhas pôde-se notar o desejo de preservar a memória de seu filho: “Certamente ele se foi, mas sempre permanecerá em nossos corações” (Eduardo). Há a intenção de continuar o relacionamento com a criança: “Meu relacionamento com meu filho terá uma continuidade, meu amor por ele será infinito enquanto eu estiver vivo, e meu pai está cuidando dele lá em cima” (Sergio). Essa resignificação reflete uma compreensão da morte que ajudará a viver melhor os outros ciclos da vida. Isso favorece a abordagem da finitude como parte integrante da existência, e não algo contra ela. Desta forma, percebe-se que a chave para a questão da morte abre as portas da vida (Kübler-Ross, 1975). O sentimento

deixa a marca do amor desde a semente germinada: “Mesmo sendo um ovo seco estava ali meu filho amado sempre” (Cristiano).

Aqui a espiritualidade e a transcendência também estão inseridas no universo masculino. Nessa região do nordeste brasileiro, muitas vezes esse espírito religioso é relegado apenas ao mundo das mulheres deixando-as, muitas vezes, sobrecarregadas com a total responsabilidade da transmissão e cultivo dessa dimensão. Ao perceber nas expressões desses homens a familiaridade com esse ambiente místico, percebe-se mais uma vez a evolução da cumplicidade dos papéis masculinos e femininos no contexto familiar.

Um dos pais mostrou desconforto profundo por ter que ficar no mesmo hospital com outros pais e seus filhos vivos. Uma relação hostil na observação dos pais enlutados. Reflete a sensibilidade e a percepção dos homens quanto à indiferença do meio ambiente e dos profissionais que deveriam ser os primeiros a considerar o contexto da morte e o luto da perda reprodutiva (Rattner, 1996). A negligência hospitalar nesse sentido também reflete a predominância de uma ação assistencial baseada na biomedicina, cuja preocupação é centrada na cura corporal, negligenciando aspectos subjetivos, emocionais e psíquicos que também influenciam diretamente no adoecimento corporal (Kovács, 2003).

Outro pai apresentou sintomas de sofrimento crônico após a terceira perda reprodutiva consecutiva, uma reação de uma grande perda. Considerando o sofrimento desse pai, dois aspectos importantes emergem: o primeiro é a figura do envolvimento afetivo, efetivo e emocional total do homem com as gestações de sua esposa e, como consequência, uma dor contínua e crescente que se acentua a ponto de se tornar sofrimento crônico. Além disso, se assumirmos que, na última gestação, este pai insistiu para os médicos que ele queria uma cesariana precoce (porque ele teve um resultado positivo na primeira gravidez de sua esposa, sua filha de sete anos de idade), então a segunda seria a negligência médica de não considerar a voz do pai, a história de sofrimento deste homem e sua família. Tocamos aqui na hegemonia da medicina que tende fortemente a negar a subjetividade e o contexto vital do paciente. Tais aspectos devem ser considerados como parte integrante do cuidado.

8 - Conclusão

Este estudo antropológico acrescenta conhecimento da experiência significativa dos pais que sofreram morte e luto gestacional. Esses homens estão inseridos em um contexto marcado pela desigualdade e pela injustiça social, onde o Estado não oferece suporte econômico como esferas básicas de subsistência na educação, saúde e moradia.

É a experiência do sofrimento em situações socialmente caóticas que revela possibilidades surpreendentes de superar a dor avassaladora no momento da perda de uma criança. Tais possibilidades são, frequentemente, desconsideradas pela visão biomédica.

A dor desses pais, marcados por uma realidade de corrupção política e degradação econômica, vai além da esfera pessoal e se estende a outra, a social. A perda reprodutiva é mais uma perda crônica que se acumula na vida frágil daquelas pessoas, tão desprovidas de direitos e dignidade.

A carga emocional, o sentimento de desamparo e a indignação da indiferença hospitalar trazem uma profunda agressão moral àqueles homens que já carregam uma autoimagem tão negativa. Em contraste, pode-se ver o caráter determinado, sensível, cuidadoso e criativo desses pais que insistem em salvaguardar e ressignificar o relacionamento com seu filho por toda a eternidade.

Os resultados questionam a lógica do cuidado centrado na hegemonia médica e aponta para a necessidade de um processo multidisciplinar, aberto à escuta e ao diálogo com o paciente e sua família. Isso exige que tanto a instituição de saúde quanto seus profissionais estejam atentos às relações interpessoais com os pacientes, bem como possam ser sensíveis ao impacto do ambiente hospitalar na realidade da dor vivenciada em diferentes níveis pelos pacientes e suas famílias.

A subjetividade dos sentimentos produzidos pela perda gestacional e as representaçõesêmicas do luto exigem um maior esforço dos profissionais de saúde para que possam ir além das intervenções cirúrgicas no momento do parto e enfrentar o sofrimento de seus pacientes. O conflito da dor e da vulnerabilidade paterna causada pela perda gestacional demanda uma política de cultura e humanização do cuidado.

Referências

1. Albuquerque Júnior DM. 2003. Nordestino. Uma invenção do falo: uma história do gênero masculino (Nordeste 1920-1940). Maceió: Edições Catavento.
2. Amstrong, D.S. 2004. Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies, *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, v. 33, n. 6, p.765-733.
3. Andrea Braide, Aline Veras Brilhante, Cristiani Arruda, Antonio Mendonça, Manuel Caldas, Marilyn Nations, Kátia Machado Diógenes, Rosendo Freitas Amorin. Sou homem e pai sim! (Re)construindo a identidade masculina a partir da participação no parto. *Revista Panamericana de Salud Pública* [online]. 2019, v. 42 [Acesso: 6 Abril 2019] , e190. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.190>>. Epub 07 Jan 2019. ISSN 1680-5348. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.190>.
4. Badenhorst, W.; Hughes, P. 2007. Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, v. 21, n. 2, p. 249-259.
5. Bardin, L. 2016. Content analysis. Translation: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70.
6. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 2012. Departamento de ações programáticas estratégicas. Política Nacional de atenção Integral à saúde do Homem. (PNAISH), Brasília.
7. Brasil. Portaria 1994/2009. 2009. Diário Oficial da União.
8. Brilhante A.V.M., Silva J.G., Vieira L.J.E.S., Barros N.F., Catrib A.M.F. 2018. Construcción del estereotipo del “macho nordestino” brasileño en las letras de forró. *Interface*. 22(64):13–28.
9. Carvalho, A. M. P. 2009. Sociedade, estado e Políticas na civilização do capital: um olhar sobre o presente.

2009. Anais do Congresso Luso-afro-brasileiro de Ciências Sociais, Braga-Portugal, p.170-200.
10. Connell, R. 2005. Masculinities. Berkeley: Univ of California Press.
 11. Couto M.T., Dantas S.M.V. 2016. Gênero, masculinidades e saúde em revista: a produção da área na revista. *Saude Soc.* 25(4): 857–68.
 12. Couto M.T., Gomes R. 2012. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Cienc Saude Colet.* 17(10): 2569–78.
 13. Diniz, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. 2005. *Cienc Saude Coletiva.* 10(3):627-37. DOI: 10.1590/S1413-81232005000300019.
 14. Douglas, K.I , Fox, J.R. 2009. Tears of blood: understanding and creatively intervening in the grief of miscarriage. In: WALZ, GR .; BLEUER, J.C .; YEP, R.K. (Ed.). *Compelling counseling interventions: Views*, p. 89-100. Alexandria, VA: American Counseling Association.
 15. Gomes, R. et al. 2011. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1:S983–92.
 16. Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebello LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Cienc Saude Colet.* 2011;16 Suppl 1:S983–92.
 17. Hesly Martins Pereira Lima, Maxsuênia Queiroz Medeiros, Francisco Herlânio Costa Carvalho, Carlos Henrique Moraes de Alencar. Análise da mortalidade infantil no Ceará: Evolução de 1996 a 2011. *Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória*, 16(3): 58-65, jul-set, 2014.
 18. Kovács, M.J. , 2003. Educação para a morte: desafio na formação profissional de saúde e educação. São Paulo: Casa do psicólogo.

19. Kübler-Ross, E. 1975. *Morte: Estágio Final da Avaliação*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Record. 215 p.
20. Kübler-Ross, E.; Kessler D. 2007. *On grief and Grieving Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss*. 5. Ed. Scribner.
21. Leite, E.M.R. 2016. *Luto paterno como parte integrante do parto humanizado em um hospital público no nordeste brasileiro*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade de Fortaleza, Fortaleza.
22. Lima, H. M. P., Medeiros M. Q., Carvalho F. H. C., Alencar C. H. M. , 2014. Análise da mortalidade infantil no Ceará: Evolução de 1996 a 2011. *Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória*, 16(3): 58-65, jul-set.
23. Longhi, M. 2001. *Ser homem, pobre e pai*. Dissertação (Mestrado em Antropologia). Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
24. Nations, Marilyn K. & Rebhun, Linda A. (1988). “Angels with wet wings won’t fly: maternal sentiment in Brazil and the image of neglect”. In: *Culture, Medicine and Psychiatry*, 12: 141- 200.
25. Nolasco, A. S. 1995. *Desconstrução do masculino*. Rio de Janeiro: Rocco.
26. Papalia, E., Feldman, R. D. 2013. *Desenvolvimento Humano*. Artmed.
27. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica*. *Saúde Soc.*;22(2):415–28.
28. Rattner, D. 2009. *Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico*. Interface, Botucatu.
29. Ribeiro, C. R.; Gomes, R.; Moreira, M. C. N. 2017. *Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica*. *Physis - Revista de*

Saúde Coletiva, vol. 27, núm. 1, enero-marzo, pp. 41-60.

30. Ribeiro C.R., Gomes R., Moreira M.C.N. 2015. A paternidade e a parentalidade como questões de saúde frente aos rearranjos de gênero. *Cienc Saude Colet.* 20(11): 3589–98.
31. Rocha A.E.T. 2010. Humanização do parto: o homem nordestino no nascimento do filho em um hospital público de Fortaleza-Ceará [dissertação]. Fortaleza (CE): UNIFOR. Disponível em: <https://uol.unifor.br/oul/ObraBdtdSiteTrazer.do?method=trazer&ns=true&obraCodigo=86710>. Acesso: out, 2018.
32. Seftel, L. 2006. *Grief Unseen: Healing Pregnancy Loss through the Arts*. London: Jessica Kingsley Publishers, 191 p.
33. Shear, M.K. ; Simon, N. ; Wall, M. ; Zisook, S. ; Neimeyer, R. ; Duan, N. ; Reynolds, C. ; Lebowitz, B. ; Sung, S. ; Ghesquiere, A. ; Gorscak, B. ; Clayton, P. ; Ito, M. ; Nakajima, S. ; Konishi, T. ; Melhem, N. ; Meert, K. ; Schiff, M. ; O'Connor, M. F. ; First, M. ; Sareen, J. ; Bolton, J. ; Skritskaya, N. ; Mancini, A.D. ; Keshaviah, A. 2012. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety*. v. 2, n.28, p. 103-17.
34. Separavich M.A., Canesqui A.M. *Saúde do homem e masculinidades na Política*.2013.
35. Scheper-Hughes, Nancy. *Death without weeping - the violence of everyday life in Brazil*. Berkeley, Los Angeles: Univ. of California Press. 1992.
36. Taylor, A.Y.; Lauro, G.; Segundo, M.; Greene, M.E. “She goes with me in my boat.” *Child and Adolescent Marriage in Brazil. Results from Mixed-Methods Research*. Rio de Janeiro and Washington DC: Instituto Promundo & Promundo-US. 2015.

O retorno à ética fundamental

André Marcelo Machado Soares¹

Resumo: A racionalidade moderna se apresenta sob vários aspectos e isto conduz, necessariamente, a impossibilidade de afirmar a existência de um único modelo de racionalidade. Por isso, o esforço de sistematizar análises de condutas, tendo como base uma racionalidade normativa universal, se choca com as manifestações próprias do espírito humano, inserido em situações socioculturais determinados. O relativismo, que também afeta os códigos deontológicos profissionais, define o cenário atual apesar da busca pelo consenso.

Palavras-chave: Ética Fundamental; Códigos deontológicos; Lei natural; Gramática moral

Abstract: Modern rationality presents itself under several aspects and this necessarily leads to the impossibility of affirming the existence of a single model of rationality. Therefore, the effort to systematize analyzes of conduct, based on a universal normative rationality, collides with the manifestations of the human spirit, inserted in certain sociocultural situations. Relativism, which also affects professional deontological codes, defines the current scenario despite the search for consensus.

Key words: Fundamental Ethics; Deontological codes; Natural Law; Moral Grammar

¹ Doutor em Teologia (PUC-Rio), membro titular e Secretário-Geral da Academia Fides et Ratio (AFR), membro honorário da Academia Brasileira de Medicina de Reabilitação (ABMR), membro efetivo do Centro de Estudos de Bioética (CEB) e coordenador do Polo CEB Rio de Janeiro. Professor de Teologia Moral do Departamento de Teologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio).

1 - Introdução

Podemos evitar ou até não nos importar com determinados temas, como a influência das práticas religiosas nas culturas e a existência de vida inteligente em outros planetas, por exemplo. No entanto, seguramente não é possível ignorar por completo os debates éticos em torno da dificuldade de estabelecer critérios racionais universalmente válidos para nortear condutas. A chamada *crise moral contemporânea* nasce justamente desta conjuntura (SOARES, 2009, p. 11-28)

Se, por um lado, o relativismo se tornou um problema para a reflexão ética no mundo globalizado, por outro, nem mesmo a globalização se mostrou capaz de impedir a reação de grupos que, a partir de convicções morais desconectadas da realidade, pretendiam impor, inclusive pela força, seus ideais claramente fundamentalistas. *É fato* que a globalização trouxe conquistas novas e importantes, mas é igualmente verdadeiro que, em muitos aspectos, ela não nos faz mais do que vizinhos, sem quaisquer vínculos (BENTO XVI, 2009, n. 19). A pretensão de descobrir por meio da razão uma moralidade que unisse a todos e proporcionasse a *paz perpétua* se mostrou ingênua.

A crescente desconfiança na razão, que não foi capaz de garantir os ideais de *liberdade, igualdade e fraternidade* para todos (ADORNO, 1975, p. 326-332), fez surgir a *pós-modernidade* e com ela uma nova perspectiva: a Ética, que desde os gregos pretendia fundamentar universalmente na razão comportamentos e valores, foi substituída por uma variedade de concepções individuais a respeito do bem, do dever, da virtude, do caráter e da vida boa.

No âmbito profissional, para escapar do subjetivismo dos indivíduos com suas *crenças morais*, a alternativa foi circunscrever as discussões sobre as condutas éticas aos critérios estabelecidos pelos códigos deontológicos. Com isso, ocorreu uma *juridicização* das questões éticas. Apesar de haver uma preocupação com a intenção do agente, o fato é que tal preocupação se limita aos aspectos meramente legais. Afinal, a *deontologia profissional* encontra-se no âmbito da legalidade, porque, independentemente da vontade do indivíduo, regula o ato profissional ao instituir as condutas admissíveis e as reprováveis.

Diante de tais constatações, cabe uma pergunta: *o que explica a passagem do plano ético para o plano deontológico?* Para responder a esta pergunta, é imprescindível recordar como a Ética, ao longo da

história, foi deixando de ser fundamental e tornou-se secundária em relação ao âmbito jurídico.

2 - Uma síntese histórica

Apesar da contribuição dos filósofos para o progresso da Matemática e o desenvolvimento da Astronomia, eles não atribuíram à razão uma vocação universal, que faria dela um princípio que permitisse dominar o mundo natural ou modificar o curso da história humana. Nas cidades gregas do século V a.C., o maior contributo da razão estava na busca pela *justa medida*, revelada no equilíbrio dos estamentos que culminava na virtude da *polis*: a justiça. Era ela que impunha a todos o *dever ético* de evitar a liberdade total, de um lado, e o despotismo, do outro. Portanto, não havia na organização da *cidade-estado* uma oposição entre a ordem moral e ordem legal. Isto se torna claro quando, em sua obra *A república*, Platão (cerca de 427-347 a.C.) fundamenta a ordem política sobre um conjunto de valores favoráveis à realização do bem e da justiça.

Para Aristóteles (384-322 a.C.), a *vida política* (fundada no ordenamento da relação entre indivíduos e autoridades constituídas na cidade) e a *vida ética* (exercício da virtude e busca da verdade), são inseparáveis. Na *Ética a Nicômaco* esclarece que a vocação de dirigir a cidade se inscreve como dever de interpretar a lei no sentido do *bem comum* e aplicá-la em respeito à moral. Do mesmo modo, em Roma, Cícero (106-43 a.C.) irá colocar a moral em um lugar de destaque no contexto da vida pública, sobretudo quando declara a necessidade de elaborar leis humanas que reproduzam fielmente as exigências da *lei natural* (SORIANO *et al.*, 2022, p. 23-36). Bem mais tarde, o Imperador Marco Aurélio (121 d.C.-180 d.C.) defenderá uma atitude moral centrada na bondade, na simplicidade e na justiça. Para ele, não existe lei sem o devido respeito à *razão natural*, inscrita no cosmos e na natureza humana.

A síntese entre a fé cristã e o Direito Romano, que ocorreu durante o período medieval da Cristandade, procurou manter a unidade social em torno de um diálogo contínuo entre a *lei moral* e a *lei positiva*. Entretanto, com o ocaso da Idade Média e a divisão interna do Cristianismo, a unidade moral no Ocidente foi duramente abalada. Após a Europa se dividir em nações independentes, com línguas

e normas jurídicas próprias, a solução encontrada pelos modernos para estabelecer o diálogo entre os *diferentes morais* foi eleger a *razão secular* como base da *gramática moral*. Nasce, assim, a chamada *moral secular*, que instituiu a razão como único critério universal para determinar e avaliar condutas morais (ENGELHARDT, 1991, p. 22-31).

Na virada do século XVI, Nicolau Maquiavel (1469-1527), ao procurar soluções para os problemas das cidades italianas, orienta a política para a eficácia, recusando todo o comprometimento com a moral no exercício do poder. Através da teoria da *necessitas* (*necessitas legem non habet*) entende que o príncipe, diante de um perigo iminente, tem o direito pleno de agir contra a moral, cometendo delitos e crimes. Deste modo, inaugura um hiato entre *vida pública* e *vida ética*.

O projeto moderno de impor uma definição moral secularmente aceita por todos fracassou. Apesar de Immanuel Kant (1724-1804) e de Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1831) acreditarem que a razão se realiza na história, não consideraram a diversidade desta manifestação. Para Hegel, o fim do progresso da razão é a liberdade, que não se confunde com a autonomia individual, mas se expressa como realização global no contexto da vida universal. Curiosamente, a crítica moderna aos metafísicos medievais dá lugar a um outro tipo de Metafísica, a da história.

3 - O retorno à Ética Fundamental

Apesar das reivindicações de consenso e das tentativas de impor visões morais uniformes, a diversidade moral persiste. A divergência torna-se o sinal desta época (BERMAN, 1984, p. 30), caracterizada pelo surgimento de *grupos afinitários* (MAFFESOLI, 2006, p. 124-125), pela *democratização da hermenêutica moral* e pela *indeterminação axiológica*. De algum modo, tais fenômenos favoreceram a ascensão da Deontologia sobre a Ontologia e do legal sobre o legítimo.

A Ética tornou-se vassala da *lei positiva* e a *razão pura*, outrora reverenciada pelo *Positivismo* e pelo *Cientificismo*, tornou-se débil. Apesar da era de incertezas inaugurada pela *pós-modernidade*, uma nova *onda contratualista* passou a conferir certeza e valor aos acor-

dos entre indivíduos. Foi desta forma que a *ética aplicada* foi tornando-se prioritária em relação à *ética fundamental*, transformada em assunto de filósofos e sem utilidade para a vida real. Richard Rorty (1931-2007) acredita que a reflexão filosófica sobre os valores, além de não levar a lugar algum, não vale a pena (RORTY, 1988, p. 55). Para ele, “*todas estas questões teóricas serão substituídas por questões práticas sobre se devemos manter os nossos valores atuais, as nossas teorias e práticas ou se devemos tentar substituí-las por outras*” (RORTY, 1991, p. 44). São os elementos da vida prática, como os mecanismos da emotividade humana (especialmente a *compaixão*) que explicam mais claramente como abstrações racionalistas (a *dignidade humana*, por exemplo) fundamentam os direitos humanos e o reconhecimento social (*Anerkennung*) dos indivíduos (RORTY, 1989, p. 196; 1998, p. 117-136).

Os filósofos analíticos, partidários do *não-cognitivismo ético*, defendem a impossibilidade de encontrar razões objetivas para definir os valores morais e, portanto, para a *vida ética*. Bertrand Russell (1872-1970) chega a declarar: “*questões relativas a “valores” residem totalmente fora do domínio do conhecimento. Isto é, quando dizemos que isto ou aquilo tem “valor”, estamos dando expressão às nossas próprias emoções*” (RUSSELL, 1997, p. 230-231). Do mesmo modo, Alfred Ayer (1910-1989) e William Frankena (1908-1994) defendem que os juízos morais prescindem de uma justificação lógica, ou psicológica (AYER, 1991, p. 91; FRANKENA, 1963, p. 122). Na mesma linha, Charles Stevenson (1908-1979) prega que o consenso sobre os valores é gerado pela capacidade que uns têm de influenciar outros. Para ele, “*a essência do discurso ético é influenciar, não descrever*” (SCHWARTZ, 2017, p. 266). De acordo com estes autores, a condição lógica dos argumentos éticos não é suficiente para resolver dilemas, pôr fim aos debates acerca dos valores e instituir consenso. Além disso, a *lei natural*, que sustentava a fundamentalidade da Ética para os pensadores da Antiguidade e da Idade Média, foi depreciada e expurgada das reflexões éticas.

Não se discute reverter o processo que conferiu credibilidade às regras dos códigos deontológicos na tentativa de um retorno à compreensão grega e medieval da Ética. O que se questiona é a possibilidade deontológica de uma conduta a partir da impossibilidade da *ética fundamental*. Afinal, para que prescrições morais gozem de validade é necessário haver razões universais que sustentem ações, apesar da pluralidade dos indivíduos e da multiplicidade dos contextos. Este questionamento pode sugerir um retorno à *ética substantiva*, preconizada por Elisabeth Anscombe (1919-2001) e Phyllis Foot (1920-2010), a partir da tentativa de dialogar com a

ética das virtudes de tradição aristotélica (THOMSON; DWORKIN, 1968).

O retorno à *ética fundamental* deve iniciar com uma dupla exigência: a primeira é a substituição do *atomismo moral*, herdado dos modernos, pelo *vínculo ético*, estabelecido na fundamentalidade da *lei natural*. O individualismo e suas consequências, como o *Utilitarismo* e o *Pragmatismo*, trouxeram um grande prejuízo para a *vida ética*. O maior de todos foi transformar a *pessoa* em um conceito genérico, uma abstração filosófica. A segunda exigência, consoante a anterior, é a passagem da *eticidade natural* para a *eticidade absoluta*. Apesar das leis e das resoluções deontológicas profissionais serem importantes para a construção da *coerência social*, elas não abarcam o problema ontológico e metaético da relação entre *intencionalidade* e *prescritividade*. Sem isto, não se vai além das aparências, além da letra.

4 - Conclusão

A *ética fundamental* é uma *ética substantiva*. Nela encontram-se duas importantes dimensões: uma *universal* e outra *histórica*. A primeira entende que o homem está subordinado à *lei natural*. Isto não significa, no entanto, afirmar a impossibilidade de o homem poder transformar o mundo ao seu redor. Seu objetivo é mostrar que os valores morais fundamentais, além de conduzirem o homem para a sua finalidade, não perdem o sentido em prol do progresso conquistado ao longo da história. Esta *dimensão universal* permite compreender que os valores de uma *sociedade fechada* (país, nação, sistema de governo, enfim, a sociedade concreta na qual se vive) devem ser os mesmos de uma *sociedade aberta* (a humanidade). Aquela atua como hermenêuta desta, interpretando e sistematizando as normas axiológicas de acordo com as exigências histórico-sociais. Deste modo, o *universalismo* dos valores morais tende a individualizar-se. Mesmo havendo um *pluralismo moral*, não é possível negar valores que, por serem racionais, são comuns a todos os seres humanos (SOARES; PIÑEIRO, 2006, p. 37). A *dimensão histórica* reconhece, por outro lado, a necessidade de ler com profundidade os acontecimentos em uma *sociedade fechada*. Portanto, reduzir a *ética fundamental* a um *esquema casuístico* seria ignorar o fato de que “*não possuímos uma ideia unitária do homem*” (SCHELER,

1976, p. 24).

Referências

1. ADORNO, T.W. *Dialettica negativa*. Torino: Einaudi, 1975, p. 326-332.
2. AYER, A.J. *Linguagem, verdade e lógica*. Lisboa: Editorial Presença, 1991, p. 91.
3. BENTO XVI, PP. *Carta encíclica caritas in veritate*. São Paulo: Edições Loyola, 2009, n. 19.
4. BERMAN, M. *All that is solid melts into air*. New York: Simon and Schuster, 1982, p. 30.
5. ENGELHARDT JR., H.T. *Bioethics and secular humanism: the search for a common morality*. Philadelphia: Trinity Press International, 1991, p. 22-31.
6. FRANKENA, W. *Ética*. Rio de Janeiro: Zahar, 1963, p. 122.
7. MAFFESOLI, M. *O tempo das tribos*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006, p. 124-125.
8. RORTY, R. Solidariedade ou objectivismo? *Crítica*, abr. 1988, 3:45-62, p. 55.
9. RORTY, R. *Contingency, irony and solidarity*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989, p. 196.
10. RORTY, R. *Objectivity, realism and truth: philosophical papers*, vol. I. Cambridge: Cambridge University Press, 1991, p. 44.
11. RORTY, R. Derechos humanos, racionalidad y sentimentalidad. In: SHUTE, S.; HURLEY, S (Eds.). *De los derechos humanos*. Madrid: Trotta, 1998, p. 117-136.
12. RUSSELL, B. *Science and religion*. Oxford: Oxford University Press, 1997, p. 230-231.
13. SCHELER, M. *El puesto del hombre en lo cosmo*.

Buenos Aires: Losada, 1976, p. 24.

14. SCHWARTZ, S. *Uma breve história da filosofia analítica: de Russell a Rawls*. São Paulo, Loyola, 2017, p. 266.
15. SOARES, A.M.M. A crise da moral secular: os desafios da ética contemporânea. In: SOARES, A.M.M.; PEREIRA, A.T.; SOBRAL, B.; TOLOMEI, R.; PIÑEIRO, W.E. *Temas de ética aplicada*. Rio de Janeiro: Publit, 2009, p. 11-28.
16. SOARES, A.M.M.; PIÑEIRO, W.E. *Bioética e biodireito: uma introdução*. São Paulo: Loyola, 2006, p. 37.
17. SORIANO, A.S.S.; SOUZA, B.M.S.; ALMEIDA, F. C.F.; GOMES, R.M. Origens do pensamento político. In: SOARES, A.M.M. (Org.). *Política: você sabe o que é?* Rio Bonito: Benedictus, 2022, p. 23-36.
18. THOMSON, J.J.; DWORKIN, G. (Eds.). *Ethics*. New York: Harper & Row, 1968, 534p.

A interrupção voluntária da gravidez e o direito à vida do nascituro¹

José António Tavares
tavares.ordemdosmedicos34429@gmail.com

Licenciatura em Medicina e Cirurgia Pós-Graduação em Climatologia e Hidrologia
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Especialização em Direito da Medicina Pós-Graduação em Direito da Farmácia, do
Medicamento e das Novas Tecnologias Centro de Direito Biomédico
Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra

Pós-Graduação em Direito e Economia da Saúde e do Medicamento
Curso Pós-Graduado em Bioética CIDP
Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa

Doutorando em Bioética Instituto de Bioética
Universidade Católica Portuguesa

¹ Artigo baseado no Trabalho Final elaborado para o Curso de Especialização em Direito da Medicina, do Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.



Sumário

Resumo;

Palavras-chave;

Abstract;

Keywords;

I. Introdução;

II. O início da vida;

III. O abortamento e a legislação da Interrupção Voluntária da Gravidez, em Portugal;

IV. A (i)legitimidade da mulher para interromper a gravidez, por sua opção, e o direito à vida do embrião e feto.



Resumo

O abortamento, enquanto tema relacionado com a cessação da Vida, suscita, além de um grande interesse, uma enorme divisão entre todos os elementos que compõem a sociedade.

É dado especial relevo ao momento em que, do ponto de vista biológico – aliás, como afastamento de ideologias e crenças religiosas que se impõe neste tipo de questões –, se dá o início da vida de um ser humano.

Seguidamente, é realizada uma abordagem exaustiva da legislação vigente, em Portugal, relacionada com a Interrupção Voluntária da Gravidez, nomeadamente no que concerne ao patente vazio legal referente à protecção do embrião e do feto.

Afinalizar, sugere-se todo o suporte possível à gestante, no sentido de dar primazia ao superior interesse do nascituro, assegurando o seu desenvolvimento e o seu direito a viver.

Palavras-chave: Abortamento; vida; crime; pessoa humana; dignidade; vulnerabilidade; responsabilidade; maternidade.

Abstract

Abortion, as a topic related to the cessation of life, raises, beyond a great interest, a huge division between all the elements of society.

Special emphasis is given to the moment when, from a biological point of view – in fact, with the required alienation of religious ideologies and beliefs on this type of issues –, the beginning of a human being's life happens.

Then, an exhaustive approach is made according to Portuguese law, related to the Voluntary Interruption of Pregnancy, namely with regard to the patent legal vacuum about protection of the embryo and fetus.

Finally, all possible support for the pregnant woman is suggested, in order to give primacy to the best interest of the unborn child, ensuring their development and their right to live.

Keywords: Abortion; life; crime; human person; dignity; -vulnerability; responsibility; maternity.



I. Introdução

As questões relacionadas com a Vida são, geralmente, objecto de grande polémica e de debates acesos.

A Interrupção Voluntária da Gravidez não é excepção: é um tema tão delicado, controverso e, a tal ponto, polémico, que é considerado um dos assuntos mais fracturantes da sociedade, nos tempos que correm.

Com efeito, não é de ânimo leve que se procede à abordagem e à discussão de um tema como o presente, que versa a cessação da vida humana, mormente no caso em que é a própria mãe que opta por interromper uma vida, distinta da sua, que teve início no seu próprio corpo. Muito estranho seria, de resto, se uma questão desta índole fosse encarada de forma natural, com alguma frieza ou relativo incómodo.

Aliás, em múltiplas situações de Interrupção Voluntária da Gravidez com que nos deparamos, na nossa sociedade, quem mais sofre – logo após o nascituro, que, indubitavelmente, é a principal vítima – será a própria mãe, a qual tantas vezes implicada num processo injusto de total abandono e completa solidão, desesperada e irreflectidamente, não vislumbra outra saída para a grave situação em que se encontra que não seja a de proceder à interrupção da sua gravidez. É uma realidade violenta e paradoxal.

A expressão “interrupção voluntária da gravidez”, uma perífrase, não é propriamente feliz, na medida em que, eufemisticamente, subverte a realidade dos factos, suavizando-a. Em boa verdade, sejamos honestos, o abortamento consiste na eliminação de um ser vivo da espécie humana. Dito por outras palavras, a Interrupção Voluntária da Gravidez tem como resultado a morte de um – ou mais do que um – ser humano, com todas as repercussões que desse acto possam advir, quer em termos pessoais, quer sociais, quer sanitários.

Não surpreende, portanto, que muitas pessoas, algumas delas porventura mais sensíveis, se sintam chocadas ao abordarem este tema e, inclusivamente, manifestem alguma relutância em fazê-lo.

II. O início da vida

Os aspectos ético-jurídicos relacionados com a Interrupção Voluntária da Gravidez devem ser objecto de uma análise devidamente alheada de ideologias e de crenças religiosas pessoais. Só desta forma será possível promover uma reflexão sem viés, imparcial, objectiva e construtiva.

Assim, as conclusões dessa análise têm que ter a sua fundamentação em evidências científicas, ou seja, no conhecimento demonstrado como verdadeiro pela ciência.

Aliás, relativamente ao momento em que se inicia uma nova vida – uma questão crucial –, existe, hoje em dia, à luz dos avanços das ciências biológicas, uma grande unanimidade.

A evidência científica demonstra que a vida humana começa na fecundação, ou seja, com a penetração de um óvulo, ou ovócito, por um espermatozóide e, em regra, realiza-se na trompa de Falópio – estrutura alongada que estabelece ligação entre um dos ovários e o útero. O óvulo fecundado passa a chamar-se ovo, ou zigoto, e é o primeiro estadio do embrião.

Trata-se de um processo que se desenrola num lapso temporal relativamente curto – ficando concluído em escassas horas –, que consiste na conjugação de toda a informação contida no ADN do núcleo do espermatozóide (gâmeta masculino), com toda a informação presente no ADN do ovócito (gâmeta feminino).

Começa uma nova existência, correspondente a um património genético humano individual, único, que resultou da junção dos 23 cromossomas do pai e dos 23 cromossomas da mãe. Tem também determinado o seu sexo, através da informação genética proveniente do progenitor masculino: se essa informação for X, temos um embrião feminino (XX); caso a informação seja Y, estamos em presença de um embrião masculino (XY).

Está, assim, constituído um novo ser vivo da espécie humana, que, do ponto de vista da biologia, tem direito absoluto à vida e, naturalmente, também ao desenvolvimento, pois é mediante o desenvolvimento que se revela todo o potencial da vida.

A fecundação *in vitro*, prática algo contestada em termos éticos, veio – pela forma muito directa como permitiu observar todo o processo – reforçar a tese, sem ter esse objectivo à partida, de que o início da vida se dá na fecundação. A investigação realizada no âm-

bito da genética, de igual modo, muito corroborou para a evidência de que o início da vida ocorre na concepção, ao demonstrar que o zigoto é um ser vivo da espécie humana, distinto do espermatozóide e do óvulo, e com todo o potencial de desenvolvimento.

Alguns autores, sobretudo norte-americanos, algo paradoxalmente dada a evidência científica, denominam o embrião nos primeiros 6-7 dias de vida – ou seja, no período entre a fecundação e a sua implantação no útero – como pré-embrião.

De facto, não é necessário aguardar que o embrião se implante no útero para que possamos falar de uma nova vida. Afirma Walter Osswald: “Embrião pré-implantatário e embrião implantado são apenas duas localizações e duas fases cronológicas da mesma estrutura, o embrião.”.²

O zigoto – embrião unicelular –, por divisões sucessivas, terá um número crescente de células:

- com, aproximadamente, 30 horas de idade o embrião apresenta já duas células;
- com cerca de 3 dias de idade, o embrião está na fase de mórula, com 16 células;
- pelo 4.º dia de vida, o embrião alcança a cavidade uterina – fase de mórula avançada ou tardia;
- o desenvolvimento prossegue, as células vão-se dividindo e diferenciando, e, pelo 41.º dia de vida, o embrião é denominado blastocisto inicial, sendo formado por uma massa celular interna, o embrioblasto – que vai dar origem aos órgãos e tecidos de todo o corpo humano – e uma camada externa, o trofoblasto, que vai constituir a parte embrionária da placenta, sendo a parte restante desta fornecida pela mãe;
- pelo 6.º dia de vida, as células do trofoblasto adjacentes ao embrioblasto, começam a penetrar no epitélio da mucosa uterina, ou seja, tem início a nidificação – implantação do embrião no útero.³

2 Osswald, Walter (2001). Experimentação em embriões e fetos, In Luís Archer, Jorge Biscaia, Walter Osswald e Michel Renaud (coordenadores), *Novos Desafios à Bioética*, p. 122-127. Porto, Porto Editora, p. 123.

3 Sadler, T. W. (2016). *Langman, Embriologia Médica*/T. W. Sadler (13.ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

Da terceira à oitava semana do desenvolvimento, decorre o período embrionário – também denominado organogénese –, durante o qual as três camadas – ectoderme, mesoderme e endoderme – que resultaram da massa celular interna do embrião, dão origem aos vários tecidos e órgãos específicos. Podemos considerar que, no final deste período de oito semanas, o embrião possui em miniatura todas as estruturas características do ser humano.

Segue-se o período fetal, que tem início no fim da oitava semana de desenvolvimento, altura em que o embrião passa a chamar-se feto. Este período decorre até ao nascimento e é caracterizado pelo crescimento rápido e pela maturação dos tecidos e órgãos.

Todo este destaque dado à embriologia não é, obviamente, inconsequente.

“Mas qual é o relevo do argumento biológico para a questão do estatuto do embrião? Em primeiro lugar, é a Biologia que responde à questão de saber se estamos perante um ser da espécie humana. A não ser que se defenda uma paridade ontológica e/ou axiológica dos seres vivos, a questão é, obviamente relevante.”³⁴

III. O abortamento e a legislação da Interrupção Voluntária da Gravidez, em Portugal

A Interrupção Voluntária da Gravidez, o abortamento ou aborto, consiste na cessação da vida do embrião ou do feto.

O abortamento espontâneo consiste na morte embrionária ou fetal não induzida. É uma das complicações mais comuns da gravidez, ocorrendo em 15 a 25% das gravidezes. Na maioria dos casos, ocorre numa fase precoce da gravidez e resulta de anomalias cromossómicas.

Ao contrário da situação anterior, se a morte do embrião ou do feto decorrer de um acto voluntário, estamos em presença de um aborto provocado. Tal corresponde à eliminação intencional, directa e deliberada de uma vida humana numa fase muito precoce da sua existência.

4 Loureiro, João Carlos (2001). Estatuto do embrião In Luís Archer, Jorge Biscaia, Walter Osswald e Michel Renaud (coordenadores), *Novos Desafios à Bioética*, p. 110-121. Porto, Porto Editora, p. 110.

O termo aborto, não obstante ser o termo adoptado na lei, não é muito feliz. Aborto, na verdadeira acepção da palavra, é o resultado, o produto, da Interrupção Voluntária da Gravidez ou do abortamento.

Daniel Serrão, ensinava nas suas aulas, na Faculdade de Medicina do Porto: “abortamento é o termo correcto, sendo aborto aquilo que vai para o balde do lixo (em resultado do abortamento).”.

O Direito Penal tem a função de protecção de bens jurídicos fundamentais da comunidade, sendo um ramo do Direito de intervenção subsidiária – de ultima ratio –, ou seja, só é chamado a intervir nos casos em que as ameaças são mais graves e quando for necessário, e na medida do estritamente necessário, por não existirem outros meios suficientemente eficazes. “O Direito Penal só intervém quando os bens em causa não puderem ser suficientemente tutelados por outro ramo do Direito (v.g. o Direito Civil), que tenha consequências menos gravosas para o agressor.”.⁵

O Direito Penal, que, note-se, não protege todos os bens jurídicos, intervém de acordo com o Princípio da Legalidade, ou seja, a lei vai descrever de uma forma muito clara o que é crime e quais são as respectivas sanções ou penas. Só são susceptíveis de gerarem Responsabilidade Penal os comportamentos que estiverem expressamente previstos como crime, na lei. Isto é, só é crime o que for considerado como tal, pelo legislador. “Para que um sujeito seja responsabilizado criminalmente tem de praticar um comportamento previsto na lei como crime, atuando com dolo ou com negligência, preenchendo o tipo de ilícito e o tipo de culpa respetivos – tipo de ilícito, tipo de culpa e punibilidade são as categorias dogmáticas do conceito de facto punível.”.⁶

O Código Penal Português, a exemplo daquilo que está previsto no ordenamento jurídico da generalidade dos países espalhados pelo mundo – com o objectivo de proteger a vida humana, o bem jurídico mais importante –, prevê vários tipos legais de crime, atendendo a dois critérios distintos:

1. O modo e as circunstâncias em que se põe fim à vida de outra pessoa;
2. O momento em que se tira a vida a outra pessoa. Dis-

5 Fidalgo, Sónia (2021). In Responsabilidade Penal (Tipos de Crime e Responsabilidade em Saúde), pag.3. Texto do Curso de Especialização em Direito da Medicina, Centro de Direito Biomédico, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.

6 Idem

tinguem-se:

- a. Crimes contra a vida autónoma;
- b. Crimes contra a vida intrauterina, isto é, crime de aborto – Interrupção Voluntária da Gravidez, o tema desta reflexão.

“Art.140º do CP - Aborto

1- Quem, por qualquer meio e sem consentimento da mulher grávida, a fizer abortar é punido com pena de prisão de 2 a 8 anos.

2- Quem, por qualquer meio e com consentimento da mulher grávida, a fizer abortar é punido com pena de prisão até 3 anos.”⁷

Note-se que o tempo máximo de prisão aplicável a quem fizer abortar a mulher grávida sem o seu consentimento poderá ser superior ao aplicável a quem cometer o mesmo crime com o seu consentimento. Ou seja, o legislador além de proteger o bem jurídico vida intrauterina, tem em consideração a liberdade da grávida.

“Art.140º do CP - Aborto

3- A mulher grávida que der consentimento ao aborto praticado por terceiro, ou que, por facto próprio ou alheio, se fizer abortar, é punida com pena de prisão até 3 anos.

Art.141º do CP - Aborto agravado

1. Quando do aborto ou dos meios empregados resultar a morte ou uma ofensa à integridade física grave da mulher grávida, os limites da pena aplicável àquele que a fizer abortar são aumentados de um terço.”⁸

Este regime jurídico, que não contemplava excepções à punição do aborto – a não ser no caso de perigo de vida da mãe, ou da sua saúde, decorrente da gravidez –, vigorou, em Portugal, até ao ano de 1984.

A vida, desde o seu início e até ao fim, é um processo contínuo. No entanto, atendendo à sua evolução, é possível distinguir quatro

⁷ Excerto do Código Penal Português.

⁸ Idem

marcos fundamentais: a fecundação, a nidação, o nascimento e a morte.

O Direito Penal, em Portugal, só protege a vida intrauterina, entre o momento da nidação e o momento do nascimento. O embrião, entre a fecundação e a nidação, não tem, portanto, protecção jurídico-penal.

“... discute-se um modelo dual de diferenciação de protecção, consoante estejamos perante vida intrauterina, embrionária ou fetal, e embriões in vitro. Em termos de jurisprudência constitucional, no Ac. TC n.º 101/2009, a Declaração de voto de Maria Lúcia Amaral enuncia claramente a questão:

“Apesar de reconhecer que o embrião, ainda que não implantado, é suscetível de potenciar a existência de uma vida humana, entendeu o Tribunal que em relação a ele se não poderia aplicar a garantia da protecção da vida humana, enquanto bem juridicamente protegido, precisamente por se tratar de uma «existência» ainda não implantada. Significa isto que o Tribunal definiu o conceito constitucional de vida - esse mesmo que, como vimos, tem antes do mais uma implicação objetiva - da seguinte forma restritiva: a fronteira que separa a vida e a não-vida (e, consequentemente, a fronteira que separa o «território» em que deve existir alguma protecção dada pelo Estado e pelo Direito do «território» da desprotecção) é a diferente localização, intra ou extrauterina, do embrião”.”⁹

Assim sendo, a pílula do dia seguinte ou pílula pós-coital e o Dispositivo intra-uterino (DIU), não obstante exercerem no endométrio uma acção antinidatória, não são, de acordo com o Direito Penal Português, considerados métodos causadores de abortamento.

Em Portugal, também não está previsto na lei o crime de aborto por negligência, portanto, de acordo com o Princípio da Legalidade, acima referido, ainda que seja provado que a morte de um embrião ou feto ocorreu em resultado de determinado profissional de saúde não ter cumprido o dever de cuidado a que está obrigado, tendo havido uma violação clara das *leges artis* – sem dolo, naturalmente –, jamais esse profissional poderá ser responsabilizado criminalmente. Tal sucede, independentemente de haver lugar, ou não, a respon-

9 Loureiro, João Carlos. *In Saúde e Bioconstituição: A Revolução GNR* (Versão preliminar, Janeiro de 2021), pag.16. Texto do Curso de Especialização em Direito da Medicina, Centro de Direito Biomédico, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.

sabilidade disciplinar ou a uma indemnização na sequência de um eventual processo Civil.

Para o Direito Civil, a responsabilidade jurídica adquire-se com o nascimento completo e com vida, ou seja, é com o corte do cordão umbilical que a pessoa passa a ter vida autónoma e personalidade jurídica.

Com o objectivo de prevenir situações de responsabilidade penal decorrentes de eventuais casos de negligência ocorridos durante o parto – uma vez que o crime de aborto por negligência não está previsto no ordenamento jurídico português, o mesmo acontecendo com o crime de ofensa à integridade física do embrião ou do feto, quer por dolo, quer por negligência –, considera-se, em Direito Penal (de modo distinto do considerado em Direito Civil), tratando-se de um parto por via vaginal, que a vida autónoma começa com o trabalho de parto, ou seja, no momento em que se iniciam as contracções uterinas, ritmadas e frequentes, que, previsivelmente, darão origem ao nascimento. A vida autónoma, para o Direito Penal, no caso de se tratar de um parto por cesariana, começa no momento em que têm início os procedimentos médico-cirúrgicos de cesariana.

Resulta que:

- No Código Penal Português, além de não estar previsto o crime de aborto por negligência, também não está previsto o crime de ofensa à integridade física do embrião ou do feto, nem por dolo, nem por negligência;
- O crime de ofensa à integridade física, quer por dolo, quer por negligência só é punível tratando-se de vida autónoma;
- Relativamente à vida intrauterina, existe apenas o crime de aborto praticado com dolo.

O Direito Penal, antecipando o início da vida autónoma para o início do acto de nascimento, torna possível responsabilizar criminalmente os profissionais de saúde que não cumpram as boas práticas clínicas, que violem o seu dever de cuidado, deste modo, conferindo protecção ao nascituro relativamente a eventuais condutas negligentes verificadas durante o desenrolar do parto, das quais poderão resultar ofensas à sua integridade física ou, até, a morte.

Tendo o Direito Penal como função a protecção de bens jurídi-

cos – conforme referido

–, e dada a superior importância do bem jurídico Vida, protegido pelo Artigo 24.º da Constituição da República Portuguesa:

“(Direito à vida)”

1. A vida humana é inviolável.
2. Em caso algum haverá pena de morte.”,

é com bastante perplexidade que se constata a inexistência, no ordenamento jurídico português, quer do crime de aborto por negligência, quer do crime de ofensa à integridade física do embrião, ou do feto, seja por negligência, seja doloso. A relevância do bem jurídico em causa, por um lado, e, por outro lado, a vulnerabilidade do embrião, ou do feto, nomeadamente no que concerne às intervenções no âmbito da medicina e da cirurgia de que, com relativa frequência, é alvo, justificam sobremaneira que o legislador pondere a introdução destes crimes no Código Penal Português. Aliás, toda e qualquer intervenção clínica no embrião, ou no feto, só é concebível se não atentar contra a sua vida ou a sua integridade, que tenha por finalidade melhorar a sua condição de saúde, não sujeite a grávida a riscos desnecessários, e com consentimento informado, livre e esclarecido dos pais.

É relativamente consensual a ideia de que os três crimes mencionados no parágrafo anterior devem ser introduzidos na lei; já os termos em que essa introdução deve ser feita, dada a complexidade do tema, tem revelado posições divergentes.

Um dos aspectos mais polémicos tem que ver com quem é passível de ser punido por estes crimes:

- Só os profissionais de saúde?
- Deverão ser considerados crimes comuns, ou seja, de um tipo legal em que é possível punir qualquer pessoa, e não, apenas, os profissionais de saúde?
- A grávida também poderá ser punida pelo abortamento por negligência ou por ofensas à integridade física no embrião ou no feto, tanto por negligência, como por dolo?
- Ou, pelo contrário, no caso de o agente do crime ser a própria mulher grávida, pelo seu elevado grau de sofrimento, poderá haver lugar a perdão judicial?

A contemplar-se a introdução destes crimes, no ordenamento jurídico português, e uma vez que se trata de um tema tão sensível, seria avisado serem considerados crimes comuns, na medida em que, sendo passíveis de serem cometidos por qualquer um, qualquer pessoa deverá estar também sujeita à respectiva punição; no caso da mulher grávida, com proporcionalidade adequada ao seu elevado grau de sofrimento, mencionado anteriormente.

Em 1984, é introduzido no Código Penal Português uma nova norma:

“Art.º 142.º do Código Penal - Interrupção da gravidez não punível

1. Não é punível a interrupção da gravidez efectuada por médico, ou sob sua direcção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando:

a) Constituir o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;

b) Se mostrar indicada para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida e for realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez;”.¹⁰

As alíneas a) e b) do art.º 142.º do Código Penal, acima transcritas, estão relacionadas com a Interrupção Voluntária da Gravidez por razões médicas (aborto terapêutico).

Fala-se de aborto terapêutico, quando, no decurso da gravidez, surge perigo de vida da gestante, ou para a sua saúde, prescindindo-se, quando essa for a única solução e com a sua concordância, da vida do nascituro. Não por se considerar que a vida da mãe tem um valor superior à vida do filho, mas tão-somente porque a vida do segundo, em princípio, não será possível sem a vida da primeira.

A expressão “aborto terapêutico” não é a mais correcta, uma vez que não se pode falar de um tratamento propriamente dito, ao proceder à Interrupção Voluntária da Gravidez. Na verdade, o que acontece é que a morte do feto vai ter como consequência a melhoria

10 Excerto do Código Penal Português.

da situação clínica da mãe ou, até, evitar a sua morte.

Actualmente, o aborto terapêutico é uma hipótese que se coloca cada vez mais raramente, em virtude de, por um lado, o seguimento da gravidez de alto risco se realizar por pessoal de saúde altamente especializado, prevenindo e tratando atempadamente eventuais complicações com desfecho fatal e, por outro lado, devido aos recentes avanços da Medicina, que possibilitam salvar, quer a mãe, quer o filho, na maioria das situações clínicas.

A alínea c) do art.º 142.º do Código Penal respeita à indicação embriopática ou fetopática:

“1. Não é punível a interrupção da gravidez efectuada por médico, ou sob sua direcção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando:

c) Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo;”.¹¹

Admite-se, assim, proceder à Interrupção Voluntária da Gravidez nas situações em que está em causa a saúde do embrião ou do feto.

Esta indicação é muito polémica, em virtude de, ao impedir o nascimento de seres humanos, supostamente menos capazes, levantar questões éticas relacionadas com a eugenia.

Um caso paradigmático, que retrata muito bem o resultado perverso da aplicação deste artigo do nosso Código Penal, é o que tem ocorrido, aqui mesmo, na Europa, nomeadamente em países como a Islândia e a Dinamarca, os quais, de há alguns anos a esta parte, vêm perseguindo o objectivo de alcançarem uma taxa zero de nascimentos de bebés com trissomia 21, como consequência de os respectivos dirigentes, ufanos, seguirem políticas eugenistas. E os dados estatísticos indicam que, efectivamente, estão muito próximo de consegui-lo.¹²

¹¹ Excerto do Código Penal Português.

¹² <https://observador.pt/opiniaio/sera-que-nao-ha-lugar-para-eles-no-mundo/> (consultado em 19/04/2022, às 19:30).

É pertinente perguntar: de que se vangloriam? De sacrificarem vidas humanas? Como conseguem definir o que é normal? Se múltiplos estudos realizados revelaram que estas pessoas são felizes e que contribuem para a felicidade das suas famílias, que sentido faz impedir que nasçam? Onde está a Europa dos Valores, o Velho Continente humanista, defensor dos direitos humanos?

Importa recordar, a este propósito, que a Carta dos Direitos Fundamentais dos Direitos Humanos (União Europeia), documento crucial para a promoção dos Direitos Humanos, no contexto da União Europeia, no seu artigo 3.º, proíbe, entre outros, as práticas eugénicas:

“O artigo 3.º, além de consagrar no seu n.º 1 o direito ao respeito pela sua integridade física e mental, concretiza o mesmo especificamente no domínio da medicina e da biologia, onde devem ser respeitados, designadamente:

- i. o consentimento livre e esclarecido da pessoa,***
- ii. a proibição das práticas eugénicas,***
- iii. a proibição de transformar o corpo humano ou as suas partes, enquanto tais, numa fonte de lucro e***
- iv. a proibição da clonagem reprodutiva dos seres humanos.”¹³***

Acresce o facto de a lei, em Portugal, permitir que, nestas situações, o aborto se realize numa fase muito avançada da gravidez, o que aumenta a probabilidade de obter como resultado um feto abortado vivo.

A indicação criminológica está contemplada na alínea d) do art.º 142.º do Código

Penal:

“1. Não é punível a interrupção da gravidez efectuada por médico, ou sob sua direcção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando:

¹³ Pereira, André Dias (2021). *In Os Direitos das Pessoas (na saúde)*, pag.8. Texto do Curso de Especialização em Direito da Medicina, Centro de Direito Biomédico, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.

d) A gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas;”¹⁴

A grávida, vítima de violação, não necessita de apresentar queixa do crime sexual, para proceder ao abortamento. Apesar de os crimes sexuais, em adultos, serem considerados crimes semi-públicos – nos quais é obrigatória a apresentação de queixa para que haja procedimento criminal –, a interrupção da gravidez é independente da realização de uma queixa-crime para abertura de um Processo Penal. O legislador pretende evitar que a vítima seja submetida aos inevitáveis inconvenientes decorrentes do acto de formalização de uma queixa, protegendo-a de um sofrimento adicional desnecessário.

Por razões óbvias, é perfeitamente compreensível que a grávida, vítima do crime de violação, tenha relutância em levar a sua gravidez até ao fim. Porém, interromper uma gravidez decorrente do crime de violação é acrescentar uma tragédia a uma situação preexistente já de si tão grave e complicada.

O abortamento, no caso de uma mulher violada, consiste em tirar a vida a um ser humano inocente, sem anular o sofrimento da mãe, a vítima inicial. Vem, aliás, potenciar o seu sofrimento, pois fica sujeita, como nas demais situações de Interrupção Voluntária da Gravidez, às consequências que se manifestam como síndrome pós-aborto (entidade clínica melhor descrita adiante).

Pela lei n.º 16/2007 de 17 de Abril – Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez – o art.º 142.º do Código Penal passou a incluir uma alínea adicional – alínea e) – respeitante à Interrupção Voluntária da Gravidez por opção da mulher.

“1. Não é punível a interrupção da gravidez efectuada por médico, ou sob sua direcção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando:

e) For realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas da gravidez.”¹⁵

¹⁴ Excerto do Código Penal Português.

¹⁵ Excerto do Código Penal Português.

A solidão e o abandono a que muitas mulheres grávidas são votadas no início da sua gravidez são, frequentemente, motivo para desejarem interrompê-la.

Estas mulheres – para além de um apoio material, eventualmente necessário –, devem receber um apoio especializado adequado à sua situação particular, que contemple o conhecimento das consequências que poderão advir do facto de interromperem a sua gravidez, nomeadamente relativamente ao risco acrescido de anomalias psiquiátricas e emocionais, tais como, negação, depressão, ansiedade, angústia, culpabilidade, perturbações sexuais – frigidez, dispareunia, ... –, perda da auto-estima, dificuldade de concentração, irritabilidade, insónias, risco acrescido de dependência do álcool e de drogas, distúrbios alimentares – anorexia, bulimia ou obesidade –, ideação suicida, etc. Podem ainda surgir doenças psicossomáticas, como úlcera gástrica, arritmias ou cancro,...

Estes distúrbios – que podem ser precoces, isto é, podem manifestar-se logo após a Interrupção Voluntária da Gravidez, ou que podem surgir numa fase mais tardia – foram devidamente estudados, são muito bem conhecidos e, presentemente, estão identificados como síndrome pós-aborto.¹⁶ Esta situação clínica, afectando a mãe, tem naturalmente consequências nefastas nas pessoas que lhe são mais próximas, nomeadamente no pai e nos irmãos.

Existem também consequências físicas, decorrentes do abortamento, que podem ser imediatas ou tardias: as primeiras incluem infecções ou hemorragias graves; tardiamente, poderá revelar-se esterilidade da mulher ou ocorrer parto prematuro, abortamento espontâneo, neoplasia mamária, entre outros distúrbios igualmente graves.

É importante que a mulher esteja ciente – de preferência, que o casal esteja ciente – de que estas consequências podem resultar, quer de abortamentos realizados clandestinamente, quer daqueles que são realizados legalmente, nos países em que o aborto está legalizado.

Algumas mulheres, que em determinados casos são dirigentes ou integrantes de movimentos feministas, reivindicam o direito de poderem dispor livremente do seu próprio corpo.

Tal é destituído de todo e qualquer sentido, em virtude de, em termos biológicos, tanto o embrião, como o feto não fazerem parte do corpo da mãe. Pese embora careçam do corpo da mãe para se

16 Boléo-Tomé, J. Paiva (2010). *Objecção de Consciência, Questões Emergentes Relativas ao Aborto Provocado*, In Revista Acção Médica, Ano LXXIV, n.º 4, Out./Dez. 2010, p. 10-18, p. 13 e 14.

desenvolverem, o embrião ou o feto são um corpo distinto do seu.

Também não faz sentido considerar a Interrupção Voluntária da Gravidez um acto de libertação da mulher.

Desde logo, porque o abortamento incide sobre muitos embriões ou fetos do sexo feminino.

Por outro lado, negar a maternidade – forte e exclusiva marca identitária da mulher – jamais poderá ser encarado como um seu factor de libertação ou de melhoria da sua qualidade de vida ou, ainda, motivo de realização pessoal. Muito pelo contrário, pois a maternidade deve, naturalmente, representar sempre, para qualquer mulher, factor de valorização, de enriquecimento e crescimento enquanto pessoa humana e motivo de enorme felicidade.

Questões económicas, tantas vezes invocadas pelos progenitores, como motivo para a Interrupção Voluntária da Gravidez, numa sociedade evoluída, solidária e fraterna, nunca poderão constituir motivo de justificação.

Outras mulheres, quiçá a maioria delas, alegam como motivo bastante para procederem à Interrupção Voluntária da Gravidez, considerarem a sua situação de gestante como totalmente extemporânea, referindo que ter um filho, naquele preciso momento, não faz, de todo, parte dos seus planos de vida...

Importa reforçar a necessidade de um acompanhamento especializado e, simultaneamente, muito próximo destas mulheres, que lhes proporcione um esclarecimento cabal de todas as implicações e consequências das suas opções, quer para si, quer para as pessoas das suas relações, mas, acima de tudo, para aquela nova vida gerada.

IV. A (i)legitimidade da mulher para interromper a gravidez, por sua opção, e o direito à vida do embrião e feto

A vida nem sempre é fácil... Em boa verdade, com relativa frequência, não só não é fácil, como até bastante difícil. E difícil ao ponto de, nos casos em que está em causa a Interrupção Voluntária da Gravidez por opção da mulher, a explicação para certas mulheres pretenderem praticar um abortamento pode estar nas dificuldades

que vivenciam. Todas elas merecem, sem qualquer dúvida, que as suas razões não sejam subestimadas, a máxima solidariedade, muita compreensão e acesso a todo o apoio possível.

Já que as razões invocadas, por estas mulheres, para interromperem a sua gravidez, constituam uma *justificação* para tal, é mais difícil, senão impossível, tanto de entender, como de aceitar.

É inconcebível que qualquer necessidade ou interesse da gestante, quer pessoal, quer familiar, nem mesmo o seu bem jurídico liberdade, possa sobrepor-se ao bem jurídico mais importante, que é a vida do ser humano ao qual o seu corpo temporariamente dá abrigo.

Todos os seres humanos são detentores de dignidade humana:

“O princípio de dignidade do homem, segundo o qual o ser racional nunca deve ser tratado apenas como um meio, é um princípio fundamental, inspirando os textos de bioética que tomam como referência a Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948.”¹⁷

Ou seja, qualquer indivíduo da espécie humana, independentemente da sua fase de desenvolvimento, tem de ser tratado com a consideração e o respeito que decorrem da sua condição de ser humano, sendo um fim em si mesmo. A pessoa humana nunca deverá ser utilizada apenas como um meio para alcançar objectivos de outrem, jamais deverá ser instrumentalizada.

“A dignidade da pessoa humana é o princípio fundante da ordem jurídica em geral e jurídico-constitucional em particular. Apesar da sua presença dominante numa série de textos constitucionais e internacionais, gerais (v.g., Declaração Universal dos Direitos Humanos) e específicos (v.g., Convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina), não falta quem considere que, para lá de um eventual valor simbólico, se trata de uma fórmula “passepartout”, “vazia” ou “inútil.”¹⁸

O conceito de dignidade humana, mercê do permanente desenvolvimento decorrente da investigação, tem de se adaptar continuamente aos novos desafios lançados pela ciência, porém, o seu significado, enquanto base de respeito pela pessoa humana, mantém-se imperturbável.

A questão substantiva, no âmbito da Interrupção Voluntária da Gravidez, é a Vida do nascituro, ser vivo da espécie humana total-

17 Gilbert Hottois, Jean-Noël Missa (2003). *Nova Enciclopédia da Bioética*, p. 232.

18 Loureiro, João Carlos. In *Saúde e Bioconstituição: A Revolução GNR* (Versão preliminar, Janeiro de 2021), pag.10. Texto do Curso de Especialização em Direito da Medicina, Centro de Direito Biomédico, Faculdade de Direito de Coimbra.

mente indefeso, de uma vulnerabilidade atroz e sem poder opinar.

É neste contexto – em que, de um lado, surge a futura mãe, que não pretende assumir esse estatuto e, do outro lado, está o nascituro que apenas pretende... viver – que, o Estado e a sociedade em geral, com especial responsabilidade para médicos e juristas, têm que agir.

Conforme sustentou Hans Jonas: “Quem mais pode, mais deve.”¹⁹ Este filósofo do Séc. XX, defendeu que quem tem mais conhecimento, tem mais poder e, consequentemente, mais obrigações.

A Interrupção Voluntária da Gravidez, simplesmente por opção da mulher, pelo que encerra, jamais poderá ser considerada um acto médico. O compromisso que os médicos têm com os seus doentes e com as pessoas que, podendo não estar doentes, buscam a sua assistência, está, em bom rigor, nos antípodas daquilo que representa o abortamento, admissível somente nos casos comprovados em que existe risco de vida da grávida – aborto terapêutico.

“Artigo 63.º

Respeito pela vida humana

1 — O médico deve guardar respeito pela vida humana desde o momento do seu início.

2 — O disposto no número anterior não impede a adoção de terapêutica que ponha em perigo ou anule a vida do feto mas que constitua o único meio capaz de preservar a vida da grávida.

Artigo 64.º

Interrupção voluntária da gravidez

1 — A interrupção do estado de gravidez, por decisão da mulher, pode ser proposta ao médico nos termos e prazos previstos na lei.

2 — O médico decide sobre a proposta, de acordo com os seus valores profissionais e com a sua consciência.”²⁰

Ao médico compete prevenir e tratar doenças, aliviar o sofrimento e cuidar de acordo com as leges artis. Uma gravidez normal

19 Jonas, Hans (1979). In *O Princípio da Responsabilidade*.

20 Ordem dos Médicos. In *Regulamento n.º 707/2016*, Título II, Da vida, Capítulo I, O início da vida.

não é uma doença, jamais um médico poderia prescrever um aborto a uma mulher. Seria absurdo.

Existe convergência, entre apoiantes e opositores da Interrupção Voluntária da Gravidez, ao considerarem que a mesma é, em si mesma, um mal a evitar. Assim, no sentido de impedir este flagelo – o número de interrupções voluntárias da gravidez, entre o ano de 2008 e o ano de 2018, nos estabelecimentos de saúde, em Portugal, ascendeu a 196 302²¹ –, e de acordo com o pensamento de Hans Jonas, é defensável que, na sociedade em que estamos inseridos, sendo os governantes os elementos que possuem mais poder, são também eles que têm mais responsabilidade, competindo-lhes, portanto, estarem na primeira linha, na adopção de medidas a tomar para reverter esta situação.

É inegável que uma das funções primordiais do Estado é acautelar e garantir a segurança, em sociedade. Ora, que existe de mais importante e valioso, para acautelar, que a Vida? Seja mediante a implementação de uma verdadeira e efectiva educação para a cidadania, pela promoção da literacia em saúde, ou através do afinamento dos mecanismos legais – nomeadamente no que concerne à manifesta contradição entre o art. 24.º da Constituição da República Portuguesa e a maioria das alíneas do art. 142.º do Código Penal Português –, ou, ainda, pela ajuda muito próxima e directa, embora, sempre que possível, transitória – em determinadas situações-limite, nas quais estão em causa condições sócio-económicas graves da gestante.

Ainda relativamente aos aspectos legais, importa repensar o “Artigo 66.º - (Começo da personalidade)”

1. A personalidade adquire-se no momento do nascimento completo e com vida.

2. Os direitos que a lei reconhece aos nascituros dependem do seu nascimento.”²², o qual, mercê dos avanços da ciência, se encontra totalmente desajustado da realidade actual. Conforme sustenta Manuel Carneiro da Frada: “De todo o modo, depois da entrada em vigor do Código Civil sobreveio a percepção da conveniência de uma tutela intrauterina da vida humana mais ampla, a implicar a necessidade de reconhecer a personalidade jurídica ao nascituro muito

21 <https://www.pordata.pt/Portugal/Interrup%C3%A7%C3%B5es+volunt%C3%A1rias+da+gravidez+nos+estabelecimentos+de+sa%C3%BAde-1511> (consultado em 26/04/2022, às 22:30).

22 Excerto do Código Civil.

para além dos casos previstos expressamente pelo legislador. A urgência de trazer para o mundo do Direito a protecção dos nascituros (por influência, nomeadamente, da experimentação com embriões e de outros problemas do âmbito da chamada “procriação medicamente assistida”, totalmente fora do horizonte do legislador histórico), a maior consciência da “natureza das coisas” — conduzindo ao reconhecimento de uma pessoa em sentido ontológico no nascituro —, bem como os imperativos de natureza ético-jurídica — o estatuto que o Direito deve à pessoa humana atenta a sua dignidade —, impõem ao intérprete- aplicador de hoje a admissão de um espaço não regulado — a lacuna —, e legitimam o seu preenchimento (numa interpretação ou desenvolvimento do Direito que tem aliás de ser conforme com a Constituição).²³

O papel do Estado é, portanto, claramente determinante e incontornável. Todavia, a defesa da Vida é uma responsabilidade transversal na sociedade, um combate que exige a colaboração e a cooperação, entre todos. Para transmitir a sua noção de responsabilidade — que diverge da noção de Hans Jonas, um dever proporcional ao poder de cada um —, Lévinas, citou Dostoevsky: “Somos todos culpados de tudo e de todos perante todos, e eu mais do que os outros.”²⁴ Não porque sejamos directamente culpados: “Não devido a esta ou àquela culpabilidade efectivamente minha, por causa de faltas que tivesse cometido; mas porque sou responsável de uma responsabilidade total que responde por todos os outros...”²⁵

Conforme referido no parágrafo anterior, trata-se, de facto, de um combate, mas não de um combate bélico; é um combate, isso sim, em prol da humanização da sociedade, mediante a defesa da Vida. É uma tarefa muito complexa, porém, seguramente gratificante e compensadora em todas as vertentes. Mais do que de solidariedade, as mulheres que pretendem abortar, independentemente das razões que invoquem, carecem de compaixão e de todo o suporte que lhes desperte o desejo e a concretização da maternidade.

Este caminho, frequentemente, espinhoso, consiste na prossecução da Vida, com espírito de entreaajuda e imbuídos de esperança.

23 <https://portal.oa.pt/publicacoes/revista/ano-2010/ano-70-vol-iiiv-2010/doutrina/manuel-a-carneiro-da-frada-a-protecao-juscivil-da-vida-pre-natal-sobre-o-estatuto-juridico-do-embriao/> (consultado em 27/04/2022, às 00:55).

24 Lévinas, Emmanuel (1982). In *Ética e Infinito*.

25 Idem.



Análise de um caso clínico segundo o modelo de Diego Gracia

Carina Liliana Costa Moura¹

Carla Alexandra Gonçalves da Costa²

Carla Sofia Pinto Martins de Castro Santos³

Luciana Raquel Gomes Forte⁴

Mário Sérgio Reverendo de Miranda⁵

-
- 1 Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Mestranda no Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica – A pessoa em situação Perioperatória na Escola Superior de Saúde do norte da Cruz Vermelha Portuguesa - Enfermeira no Hospital Sra. da Oliveira – Guimarães. E-mail: clmoura@gmail.com;
 - 2 Enfermeira. Mestranda no Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica – A pessoa em situação Perioperatória na Escola Superior de Saúde do norte da Cruz Vermelha Portuguesa. Enfermeira nos CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. E-mail – enf.carla.costa@gmail.com;
 - 3 Enfermeira. Mestranda no Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica – A pessoa em situação Perioperatória na Escola Superior de Saúde do norte da Cruz Vermelha Portuguesa. Enfermeira no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho. E-mail – csopiapmartins@gmail.com
 - 4 Enfermeira. Mestranda no Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica – A pessoa em situação Perioperatória na Escola Superior de Saúde do norte da Cruz Vermelha Portuguesa. Enfermeira nos CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. E-mail – lucianaforte74@gmail.com
 - 5 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Mestrando no Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica – A pessoa em situação Perioperatória na Escola Superior de Saúde do norte da Cruz Vermelha Portuguesa. Enfermeiro nos CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. E-mail – sergio_adnanim@hotmail.com

Resumo: Os Enfermeiros enfrentam diariamente situações complexas, que carecem das procuradas melhores soluções, para a construção de uma decisão eticamente prudente. Silva et al (2008) refere que na prática destes profissionais de saúde, as pessoas que são alvo da sua atenção e do seu agir, esperam que estes sejam justos e respeitadores. O Presente artigo tem por base uma análise reflexiva sobre a colheita de tecidos oculares em dador morto e parte de uma situação real da prática dos cuidados em enfermagem em que estão em causa, um conflito de valores e princípios – Realizar uma colheita de córneas, legalmente protegida ou respeitar a recusa de consentimento dos familiares para realização da mesma?

Em Portugal, somos todos considerados potenciais dadores, isto porque, se em vida não nos manifestarmos formalmente como não dadores, no período imediato após a morte, somos considerados potenciais dadores. Esta afirmação, em termos jurídicos, baseia-se no regime legal do consentimento presumido e em termos éticos baseia-se no valor ético da solidariedade e do altruísmo.

Para análise do caso foi utilizado o Método de Diego Gracia, de forma a auxiliar a tomada de decisão e deliberar sobre o curso ótimo de ação, método esse, que segue diferentes etapas até à tomada de decisão.

Após a reflexão deste caso, conclui-se que existe uma lacuna grave no que respeita à falta de informação da população relativamente ao processo de colheita de órgãos e tecidos, e às determinações e fragilidades legais que regem o mesmo.

A deliberação em bioética é uma abordagem apropriada que suporta os problemas éticos nos cuidados de saúde prestados pelos diferentes profissionais de saúde, permitindo conhecer as diferentes experiências e perspetivas dos envolvidos no processo. Os profissionais de saúde estão obrigados constantemente a a tomadas de decisão complexas que devem ter em conta, não só a melhor evidência científica, mas também a estratégia adequada na busca do melhor curso de ação, de forma a resolver os problemas éticos que surgem na sua prática diária.

Palavras-Chave. Deliberação Ética; Dilema Ético; Colheita de Tecidos *pos-mortem*; Tomada de decisão; Família

Abstract: *Everyday nurses face complex situations, which require the search for the best solutions for the construction of an ethically prudent decision. Silva et al (2008) refer that in the practice of these health professionals, the people who are the object of their attention and their actions expect them to be fair and respectful. This article is based on a reflective analysis of ocular tissue procurement from a deceased donor and is based on a real situation in nursing care practice where there is a conflict of values and principles. - Shall we perform a legally protected corneal procurement or respect the refusal of consent of family members to perform the same?*

In Portugal, everyone is considered a potential donor, because if we do not formally declare ourselves as non-donors in life, in the immediate period after death we are considered potential donors. This statement, in legal terms, is based on the legal regime of presumed consent and in ethical terms is based on the ethical value of solidarity and altruism.

The Diego Gracia Method was used to analyze the case, in order to assist the decision making and deliberate on the optimal course of action, a method that follows different stages until the decision-making.

After reflecting on this case, it is concluded that there is a serious gap regarding the lack of information of the population concerning the organ and tissue procurement process, and the legal determinations and weaknesses that rule it.

The deliberation in bioethics is an appropriate approach that supports ethical problems in health care provided by different health care professionals, allowing to know the different experiences and perspectives of those involved in the process.

Health professionals are constantly required to make complex decisions that must take into account not only the best scientific evidence, but also the appropriate strategy for finding the best course of action in order to resolve the ethical problems that appear during their daily practice.

Keywords *ethical deliberation; ethical dilemma; Post-mortem tissue collection; decision making; Family*

Siglas e Acrónimos

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Enf.^a - Enfermeira

RENDA - Registo Nacional de Não Dadores

REPE - Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

Introdução

Paralelamente ao avanço da ciência e da tecnologia em saúde, temos assistido a mudanças na sociedade que produzem frequentemente problemas e dilemas éticos aos profissionais de saúde. Os enfermeiros, no seu exercício profissional, enfrentam diariamente estas situações, necessitando procurar soluções para a construção de uma decisão eticamente prudente

Deste modo, Silva et al (2008) refere que na nossa prática, as pessoas que são alvo da nossa atenção e do nosso agir, esperam que sejamos justos e respeitadores. Seguir o código da profissão é o nosso objetivo, e de acordo com os princípios morais, as ações que desenvolvemos terão sempre como principal finalidade o bem, e só o bem, dos que precisam de nós.

A Ética e Deontologia em Enfermagem abrange o confronto com a deliberação bioética sobre os cursos de ação, quando estão em causa conflitos de valores e princípios éticos. Ao longo da nossa prática somos constantemente confrontados com inúmeras situações de dilema ético, que exigem dos profissionais de saúde uma atenta ponderação e análise.

Assim, esta análise pretende dar resposta aos seguintes objetivos:

- a. Estruturar a metodologia de deliberação ética aplicada a um caso clínico em contexto de colheita de tecidos *pós-morte*;
- b. Construir uma análise crítico-reflexiva do caso clínico exposto.

A metodologia adotada atende a pesquisa bibliográfica, como

sustentação das apreciações expostas, e na construção do processo de deliberação, com base no modelo de Diego Gracia.

1. Enquadramento teórico

Segundo Nunes (2013), os enfermeiros declaram compromisso de cuidado às pessoas ao longo do ciclo vital, promovendo o seu bem-estar e qualidade de vida. Deste compromisso do cuidado e da ética da promessa, resulta o Agir Profissional.

Na sua prática diária, os enfermeiros são constantemente confrontados com situações que colocam em causa a dignidade do Outro, os seus direitos e a sua vontade.

Deodato (2014, p. 41) define problema ético em enfermagem como a:

existência de incerteza quanto à decisão para agir, quando está em causa o desrespeito pela dignidade das pessoas, dos seus direitos, da sua vontade ou em risco a sua saúde ou o seu bem-estar, suscitando dúvidas ou conflitos sobre os direitos, os valores, os princípios ou as normas a adotar como fundamentação para a escolha das intervenções de enfermagem, perante uma decisão de cuidado em concreto.

O problema ético difere do dilema ético. No dilema ético, o enfermeiro enfrenta uma situação em que só existem duas soluções possíveis e incompatíveis.

Uma profissão só é autónoma quando consegue decidir e responsabilizar-se sobre as decisões que toma e sobre os resultados que consegue com essas decisões (Neves, 2002, citado por Ribeiro, 2011).

Nos documentos que regem o exercício profissional podemos verificar que “no exercício das suas funções os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (ponto 1 do artigo 8.º Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)); e no âmbito dos cuidados especializados, o enfermeiro

especialista tem competência para a tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada, com base em princípios, valores e normas deontológicas, e deve ainda liderar os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade e avaliar o processo e os resultados da tomada de decisão (Regulamento n.º 122/2011).

A deontologia profissional, ética da profissão, trata de um conjunto de regras que indicam como deverá alguém comportar-se como membro de um determinado corpo social e a sua preocupação é a correção da ação, sugerindo orientações práticas e precisas de um modo imperativo (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Deodato (2015, p. 9-10) refere que a deontologia profissional de enfermagem constitui um instrumento essencial de fundamentação para o Agir profissional, orientando as decisões e os atos dos enfermeiros na procura do melhor agir de todos os dias. Para além de incluir o âmbito da prestação de cuidados na sua vasta dimensão, está inserido na lei, colocando as suas disposições a par da obrigatoriedade jurídica das restantes leis do país.

O processo de tomada de decisão ética em enfermagem torna-se, desta forma, um processo complexo que resulta de um conjunto de etapas, a partir de um problema identificado e que tem um fim interminável. Portanto, o enfermeiro avalia o processo de tomada de decisão e seus resultados e reflete sobre estes, enriquecendo o seu portfólio de experiências, construindo um saber ético permanentemente atualizado para que o Outro seja sempre respeitado em toda a sua dimensão.

É nas áreas de doação e transplantação de órgãos e tecidos que a ética e deontologia se deparam com alguns dos seus maiores dilemas.

O transplante e a doação de órgãos demarcam-se como um dos maiores avanços na história da medicina há mais de 50 anos, assumindo cada vez mais relevância nos tratamentos de diferentes patologias.

Este avanço da medicina além de estar ligado a uma forte vertente sociocultural, está dependente de exigências técnicas, jurídicas e legais. Em Portugal somos todos potenciais dadores, isto porque, se em vida não nos manifestarmos formalmente como não dadores, no período imediato após a morte somos considerados potenciais dadores. Esta afirmação em termos jurídicos baseia-se no regime legal do consentimento presumido e em termos éticos baseia-se no valor ético da solidariedade e do altruísmo.

2. Deliberação sobre o caso clínico

A deliberação em bioética é uma abordagem apropriada para os problemas éticos nos cuidados de saúde prestados pelos diferentes profissionais, permitindo conhecer as diferentes experiências e perspetivas dos envolvidos no processo. Os profissionais de saúde utilizam a deliberação como estratégia na busca do melhor curso de ação para resolver problemas éticos que surgem na prática diária.

A deliberação é um processo que objetiva o alcance de uma ação prudente, através da fundamentação e argumentação das suas decisões.

O caso submetido ao processo de deliberação surgiu da prática de cuidados de enfermeiros a exercer funções no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).

Para a análise do caso foi utilizado o Método de Diego Gracia (Garcia 2017) de forma a auxiliar a tomada de decisão e a obter um resultado final satisfatório perante o dilema ético levantado. Este método atendeu às seguintes etapas:

- a. Apresentação do caso;
- b. Esclarecimento/Análise dos factos do caso;
- c. Identificação dos valores em conflito;
- d. Identificação do problema ético fundamental;
- e. Identificação dos cursos de ação extremos;
- f. Identificação dos cursos de ação intermédios;
- g. Deliberação sobre o curso ótimo de ação;
- h. Avaliação das provas de consistência: legalidade, publicidade e tempo;
- i. Tomada de decisão.

2.1. Apresentação do caso clínico

No dia 1 de maio de 2021 pelas 16h30 foi comunicado telefonicamente a uma enfermeira, um óbito no Serviço de Medicina de um doente de 62 anos, com diagnóstico de AVC Hemorrágico, hipertenso sem outras patologias conhecidas, tendo falecido pelas 15h00.

A Enfermeira (Enf.^a) em causa, faz o registo em suporte próprio de comunicação de óbitos, onde consta: o nome completo, a data de nascimento, o número de processo, a hora de óbito, e patologias conhecidas do doente. De seguida, contata o médico de serviço que se encontra responsável pela colheita, para que este possa consultar o processo, de forma a perceber se o doente reúne critérios para a colheita de tecidos. Uma vez que o doente falecido possui as condições para a recolha de tecidos, a Enf.^a contata o enfermeiro responsável do Hospital pela verificação do Registo Nacional de Não Dadores (RENDA).

Após 20 minutos, a Enf.^a é contactada pela Coordenação de Transplantes a comunicar que o doente falecido não se encontra registado como não dador, pelo que é legal efetuar a colheita.

A Enf.^a prepara todo o material necessário para a colheita, enquanto o médico de serviço cria um número de identificação para os dois tecidos (olho direito e olho esquerdo), e em seguida ambos se dirigem para a sala de colheitas da morgue.

Quando chegam à sala de colheitas são interpelados pelo auxiliar que lhes informa que tanto a família, como a agência funerária já chegaram e pretendem levar o corpo do familiar falecido.

Assim, o médico de serviço e a Enf.^a dirigiram-se à sala de espera para informar a família sobre o procedimento. Ao entrarem na sala, depararam-se com esposa e filha do falecido, inconsoláveis com uma morte inesperada do seu ente querido, muito emotivas e céticas face à possibilidade da colheita. Embora tendo sido explicado pela equipa de colheita, a legalidade do procedimento, ambas (mãe e filha) contestaram o procedimento, não dando autorização para a sua realização, inclusive, a filha reclamava o desconhecimento da necessidade registo no RENDA para a não colheita.

Sendo assim, a equipa de colheita deparou-se com o dilema ético: realizar uma colheita de córneas legalmente protegida ou respeitar a vontade dos familiares.

2.2. Esclarecimento/Análise dos factos do caso

A análise dos factos clínicos permite realizar uma consideração sobre os valores envolvidos no caso e atribuir-lhes a importância apropriada na construção do juízo clínico.

Os factos a analisar são:

- O doente falecido não se encontra registado no RENN-DA como não dador;
- A família aguarda a libertação do corpo, momento no qual é informada pela equipa de serviço sobre o procedimento de colheita das córneas;
- Os familiares encontram-se emotivos pela perda do ente querido e céticos pela realização do procedimento, bem como, alheios da legalidade deste procedimento e da necessidade do registo como não dador no RENN-DA.

2.3. Identificação dos valores em conflito

No seguimento da análise dos factos do caso clínico, os valores em conflito abrangem:

- a. O valor da autonomia:
 - relativamente à vontade dos familiares, seus valores morais e religiosos;
 - decisão da família com conhecimento de todos os factos;
 - a exigência do consentimento livre e informado.
- b. O valor da solidariedade, altruísmo e respeito:
 - Respeito pelas crenças da família;
 - Solidariedade da família perante a doação de tecidos que ajudará “um outro”;

c. O valor da justiça e o princípio da legalidade:

- A colheita de córneas/tecidos é um procedimento legal, no entanto há um dilema ético da equipa perante o não consentimento da família para o procedimento e o desfavorecimento de um possível recetor;
- Legalidade do procedimento de recolha de córneas segundo o artigo 10.º da Lei n.º 12/93 de 22 de abril;

d. O valor do profissionalismo:

- - A sensibilidade moral da equipa médica/enfermeiro responsável pela colheita das córneas.

2.4. Identificação do problema ético fundamental

Após a reflexão sobre este caso clínico pode-se afirmar que, no contexto descrito verificam-se divergências com as boas práticas que visam um bem maior, fundamentadas em aspetos éticos e técnico-científicos enquadrados na vertente legal. Neste caso clínico levanta-se a questão fundamental:

Atendendo aos valores e princípios em causa, devemos dar primazia ao ato de colheita legalmente suportada ou respeitar a vontade familiar; que atempadamente não teve oportunidade de manifestar o seu direito de opção por desconhecimento da lei?

2.5. Identificação dos cursos de ação extremos

Na busca da resolução de conflitos, a mente humana tende a reduzir os possíveis cursos de ação a apenas dois, opondo naturalmente os valores na conceção de cada um. Nos percursos verdadeiramente extremos, os valores em conflitos visam sentidos opostos. No caso em análise, foram considerados os seguintes cursos de ação extremos:

- a. Proceder à colheita do tecido ao abrigo da lei, ignorando a vontade contrária expressa pela família;
- b. Não proceder à colheita do tecido respeitando a vontade dos familiares.

2.6. Identificação dos cursos de ação intermédia

Os cursos de ação intermédios apontam para soluções mais prudentes, que partem dos extremos para algo mais medial e que procuram salvaguardar os valores em conflito. Assim, os cursos de ação intermédios delineados são:

- a. Acompanhar a família a um espaço mais reservado, onde a mesma possa conversar com os profissionais de saúde com a devida privacidade;
- b. Estabelecer uma relação de empatia com a família para que esta possa expor as suas preocupações e deste modo deslindar o motivo que a leva à negação da doação;
- c. Explicar que o ato de doação está previsto na lei, sendo também um ato de solidariedade para com “o outro” que vai receber o tecido doado;
- d. Conceder à família tempo e privacidade após o diálogo com a equipa, de forma a que esta possa interiorizar a informação e consequentemente ponderar sobre a sua decisão.

2.7. Deliberação sobre o curso ótimo de ação

Após identificar os percursos de ação extremos e intermédios, é necessário deliberar sobre o curso ótimo.

A deliberação visa, não a decisão de consenso, mas a decisão

prudente; e para que a decisão (ou decisões) seja prudente, é necessário que seja realista, isto é, realizável (Gracia, 2017).

Tendo em conta os cursos intermédios identificados, reconhece-se que a criação de laços de confiança relacional e terapêutica entre a família e a equipa de colheita, consiste na ferramenta essencial para ultrapassar este conflito de valores éticos.

A equipa de colheita, como responsável pelo procedimento, atendendo ao ceticismo da família perante este ato, deve esclarecer não só em que consiste o procedimento, mas também as dúvidas da família e proporcionar algum conforto emocional perante a morte do familiar.

A comunicação e informação à família e o saber dar tempo à mesma podem ser motores de uma mudança no processo de decisão e consentimento da mesma.

Para o caso em análise, conclui-se que o curso ótimo de ação é a comunicação e informação da família sobre o procedimento de colheita de tecidos para que esta possa rever a sua decisão face ao consentimento do mesmo.

Esta alternativa permite concretizar o máximo de valores, ou no limite, menosprezar o mínimo possível os valores em conflito, possibilitando a defesa da responsabilidade, altruísmo e solidariedade. Afigura-se uma decisão prudente, realizável e integradora da maioria dos valores envolvidos no caso.

2.8. Avaliação das provas de consistência: publicidade, legalidade e tempo

As provas de legalidade, publicidade e do tempo são três importantes provas de consistência a ter em conta no processo deliberativo, pelo que, a análise da decisão prudente à luz das provas de consistência permite-lhe conferir a robustez necessária para ser tomada como decisiva.

2.8.1. Prova de publicidade

A respeito da prova de publicidade, Diego Gracia (2017) é contundente quando afirma que se alguém se sente incapaz de defender em público a decisão que tomou, deveria revê-la antes de a tornar definitiva; mais, ninguém está seguro de que não venha a tornar-se efetivamente pública ou venha mesmo a atingir o escrutínio judicial. Tal significa considerar se o percurso admitido como ótimo é suficientemente prudente para tornar-se público, gozando de argumentação responsável e justa (Zoboli, 2013). Neste sentido, a reflexão desenvolvida na resolução do conflito de valores em defesa dos princípios basilares da profissão de enfermagem permite sustentar publicamente, em âmbito de pares e comunidade em geral, que a decisão aqui considerada como ótima, goza de suficiente prudência.

2.8.2. Prova de legalidade

O caso em análise responde à prova de legalidade, pois sustenta a colheita legal das córneas quando o dador não se encontra registado como não dador no RENNDA. A legislação portuguesa assenta no conceito de doação presumida, pelo que uma pessoa a partir do momento em que nasce adquire o estatuto de dador. A Lei n.º 12/93, de 22 de abril diz-nos no artigo 10º que são considerados como potenciais dadores *post-mortem* todos os cidadãos nacionais e os apátridas e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado junto do Ministério da Saúde a sua qualidade de não dadores. Esta manifestação é realizada através da inscrição no RENNDA. O Decreto-Lei n.º 244/94, de 26 de setembro regula o registo nacional dos não dadores, pelo que quem não se encontra registado no RENNDA é potencial dador.

2.8.3. Prova do tempo

Este caso foi beneficiando da consistência proporcionada pelo tempo oferecido à família. As decisões tomadas em momentos de grande tensão emocional não usufruem da mesma razoabilidade que as circunstâncias menos acaloradas, havendo possibilidade de com-

passo de espera, será de conceder à tomada de decisão o “pequeno exercício mental” de perceber se, havendo mais tempo para decidir, tal influenciaria a decisão (Gracia, 2017).

No caso em deliberação, o processo de percepção e análise dos valores por parte da família alterou após a elucidação de todo o procedimento de colheita de córneas e do conhecimento de que o mesmo possibilita o tratamento de doentes com patologias oftalmológicas.

2.9 Tomada de decisão

O processo de deliberação sobre este caso em concreto, representa constrangimento moral e ético na equipa de colheita de tecidos perante o ceticismo dos familiares relativamente a este procedimento.

Em Portugal somos todos potenciais dadores, isto porque se em vida, não nos manifestarmos formalmente como não dadores, na morte passamos a ser considerados potenciais dadores. Esta afirmação em termos jurídicos baseia-se no regime legal do consentimento presumido e em termos éticos baseia-se no valor ético da solidariedade e do altruísmo.

As diversas estratégias fornecidas pela bioética para o processo de tomada de decisão auxiliam o profissional de saúde para escolher o curso de ação mais prudente baseado na fundamentação teórica e legal. Apesar do procedimento da colheita de córneas/tecidos ser protegido legalmente, uma família devidamente informada deve consentir este procedimento de modo a não haver constrangimentos.

Assim, refletindo sobre este caso clínico específico, integrar a família nesta tomada de decisão mostra-se uma estratégia moralmente significativa. Uma vez que é importante demonstrar à família que respeitamos os seus valores culturais e morais, através de uma relação de empatia, para que esta consiga compreender a importância da colheita de córneas/tecidos como benéfico para o “Outro” e deste modo ter a oportunidade de mudar de decisão.

No entanto, e apesar da equipa ter obtido concordância da família para realizar a colheita dos tecidos, trouxe ao de cima a grande

necessidade de ao longo do internamento hospitalar informar a família da possibilidade da realização da colheita, dando tempo para que esta esclareça as suas dúvidas.

Existe assim, uma lacuna grave no que respeita à falta de informação relativamente ao processo de colheita de órgãos e tecidos. O estado tem obrigação de sensibilizar a população sobre o que é ser ou não ser dador, e não está a exercer esse papel de informador, como está descrito no artigo 15 da Lei nº.12/93 de 22 de abril, que prevê a realização de campanhas de informação sobre doação de órgãos e tecidos.

Conclusão

O estudo mais aprofundado desta temática contribuiu para que houvesse a necessidade de se mobilizar conhecimentos já adquiridos, de forma a sedimentá-los com maior efetividade. Considera-se, como referido e fundamentado ao longo desta análise, que a sensibilidade moral e a competência ética são passíveis de serem desenvolvidas ao longo da vida pessoal e profissional, de modo a ser sempre obtida a melhor tomada de decisão ética. Para Nora, Deodato, Vieira & Zoboli (2016), “Quanto maior a sensibilidade moral do enfermeiro, melhor será a sua tomada de decisão ética frente aos problemas”. Verificada a complexidade de toda a ação, deve-se ter sempre presente o valor atribuído às intervenções realizadas, pois estas são sempre em função de uma pessoa, família ou comunidade e tem impacto nas suas vidas. Assim, é considerado dever moral, o respeito pelo valor da Dignidade Humana enquanto pessoas civis e os princípios éticos e deontológicos enquanto profissionais de saúde. Durante a pesquisa realizada verificou-se ainda que os princípios biomédicos (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) são os norteadores da tomada de decisão ética em enfermagem e entre profissionais de saúde (Nora, Deodato, Vieira & Zoboli, 2016).

Relativamente à deliberação ética em causa, este caso clínico está longe de tratar-se de um caso isolado, com impacto no dia-a-dia dos profissionais e dos familiares inerentes a este processo. Enquanto profissionais de saúde e apesar das nossas práticas terem um fundamento legal, devemos encontrar um equilíbrio entre os nossos valores ético-morais e a legalidade.

Este caso coloca em evidência fragilidade legal face à deliberação ética. Na lei está prevista a colheita de tecidos *pós-mortem* em todos os doentes sem registo no RENNDA e por outro lado a realização de campanhas que informem a população em geral sobre valor da solidariedade inerente à dádiva de tecidos.

Legalidade e Ética são caminhos que ainda não se cruzam no que respeita à doação de órgãos.

Bibliografia

1. Decreto-Lei n.º 244/94, de 26 de setembro. (1994). Diário da República n.º 2/1994, Série I-A. Ministério da Saúde. Lisboa. Portugal. p. 5780 - 5782
Lei n.º 12/93. (1993). Diário da República n.º 94/1993, Série I-A de 1993-04-22. Assembleia da República. Lisboa. p. 1961 – 1963
2. Ordem dos Enfermeiros (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Grafinter Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro. (2011) Diário da República n.º 35/2011, II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Portugal
3. Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, 4744 – 4750.
Deodato, S. (2014). Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir. Editora Almedina. Coimbra. ISBN 978-972-40-5226-7
4. Deodato, S. (2015) in Prefácio I. Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.
5. Gomes, C.C. (2017). Apontamentos Princípios e Fundamentos em Bioética. UCP.Porto.
6. D. (2017). La deliberacion como método de la ética. In M. C. Patrão Neves (coord), Ética: dos fundamentos às práticas. Edições 70. Lisboa. p. 145-164
Nora, C., Deodato, S., Vieira, M. & Zoboli, E. (2016).

Elementos e Estratégias para a Tomada de Decisão Ética em Enfermagem, Texto & Contexto Enfermagem. Revista da Bioética, 25(2), p. 1-9

7. Nora, C., Zoboli, E. & Vieira, M. (2015). Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. Revista de Bioética, 23(1), p. 114-23
8. Nunes, L. (2013, outubro). Desenvolvimento humano e enfermagem – horizontes da [nossa] ação. Apresentada em papel na Conferência nas Comemorações do 101º aniversário da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, Braga
9. Ribeiro, J.M.S. (2011). Autonomia profissional dos enfermeiros. Referência. III série n.5 p 27-36
10. Silva, C., Oliveira, C., Carvalho, J., Silva, L., Santiago, R. (2008). A Verdade ao Cliente: Considerações Ético-Morais e Deontológicas a propósito de um Caso. *Revista Percursos*. p 16-24.
11. Zoboli, M. (2013). Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. Revista de Bioética, 21(1), p. 114-23.



Notícias

Eutanásia: O contexto, o cuidado, a relação.

Carlos Costa Gomes¹

Eutanásia: o contexto, o cuidado, a relação, foi o tema do colóquio Nacional do Centro de Estudos de Bioética realizado no dia 15 de outubro. Partiu-se de uma abordagem antropológica e jurídica para depois perceber qual a implicação de uma lei que permite antecipar a morte por meio eutanásico nos profissionais de saúde, pois são estes que irão ter a responsabilidade de praticar o ato que antecipa a morte caso a lei seja promulgada pelo Presidente da República.

1. O contexto: Jorge Vilaça (Pe), o primeiro orador, abordou a questão da eutanásia de uma forma serena. Afirmando que deve existir a moderação entre o que se pode considerar a obstinação terapêutica e a prática de antecipação de morte. Percorreu e ajudou os participantes a percorrer os caminhos do cuidado centrado na pessoa e não apenas na doença. Alertou para que cada um que vive e acompanha o processo de morrer de alguém, possa “ser o braço que falta em quem está doente”. Por sua vez, Joaquim Pedro Cardoso da Costa, jurista, apresentou os caminhos sinuosos da atual Lei da eutanásia – Antecipação da Morte Medicamente Assistida – que, segundo o especialista em direito constitucional, considera que a atual proposta de lei aprovada pelo parlamento é fraca na medida que ao

¹ Carlos Costa Gomes. Presidente da Direção Nacional do Centro de Estudos de Bioética; Professor Adjunto Convidado e Investigador da ESSNorteCVP; Membro da Academia *Fides et Ratio* – Brasil; Presidente da Comissão de Ética – Hospital Casa de Saúde de S. Mateus – Viseu.

tentar clarificar alguns conceitos e termos presentes na lei, alargou de tal forma o seu âmbito que nela cabe qualquer pedido para morrer. Afirmando mesmo que o assunto da eutanásia não deveria ser da responsabilidade do parlamento, mas sim dos profissionais de saúde.

2. O cuidado: Será a eutanásia uma lei justa? Foi esta a questão lançada ao primeiro painel composto pela médica Isabel Galriça Neto; o enfermeiro Valter Amorim e Eduardo Carqueja, psicólogo. Os três oradores, cada um apresentou a sua perspetiva decorrente da experiência profissional, concluindo-se que esta lei coloca em causa o relacionamento profissional de saúde – pessoa doente. Segundo Isabel Galriça, o pedido para morrer não supõe que seja um pedido para que seja provocada a morte por meio da eutanásia. Pressupõe, sim, percorrer um caminho diferente nos cuidados a prestar - quer no âmbito da doença, quer em relação à pessoa. Valter Amorim, afirma que esta lei vai causar sofrimento ético e moral aos profissionais de saúde. Como enfermeiro considera que necessário ir mais além. A eutanásia é um caminho perigoso que vai criar implicações éticas e procedimentais quando o direito de pedir para morrer se converter num dever de matar.

3. A relação: Como acompanhar o processo de morrer? Que relação deve ser criada e mantida durante este acontecimento que é a morte. De facto, a morte parece ter passado a ser mais um ato de que um acontecimento inevitável. Todo o ser humano sabe que é imortal. Mais do que uma inevitabilidade, a morte constitui uma finalidade. Miguel Cabral (Pe); Teresa Power e Margarida Teixeira deixaram a beleza do seu testemunho e a fragância da relação que é necessária para acompanhar os momentos que antecedem uma morte anunciada. Testemunhos e experiência que são sempre pessoais, mas que ajudam a encontrar “vias mais largas para com dor e o sofrimento” que uma morte causa, em vez de se converter o acontecimento da morte como um ato que é necessário evitar a todo o custo, a ponto de se considerar que uma “via estreita” – a lei – eliminará o sofrimento e a dor dos que a possam legalmente solicitar. Quando alguém pede para morrer, na verdade, está a pedir para deixar de sofrer.



Sessão de Abertura: Carlos Costa Gomes, Presidente do CEB



Painel I - O Contexto: Cíntia Águas (moderadora) – Oradores: Jorge Vilaça e Joaquim Pedro Cardoso da Costa



Painel II – O Cuidado: Margarida Castel-Branco (moderadora);
Oradores: Valter Lemos; Eduardo Carqueja; Isabel Galriça Neto



Painel III – Relação: Filipe Almeida (moderador); Oradores: Teresa
Power, Margarida Teixeira; Miguel Cabral



Mesa da Assembleia-Geral CEB, presidida pelo Prof. Henrique Viça Ramos



Participantes no Colóquio: Eutanásia: o Contexto; o Cuidado; a Relação.



Notícias

Colóquio: A dor na criança

O CENTRO DE ESTUDOS DE BIOÉTICA (CEB) realizou, no dia 1 de junho de 2023, o Colóquio: “A DOR NA CRIANÇA” que teve lugar na Fundação Eng. António de Almeida, Porto, entre as 14h30 e 18h30.

Na sessão de abertura o Presidente do Centro de Estudos de Bioética, Prof. Doutor Carlos Costa Gomes, salientou a importância do tema quer do ponto de vista técnico e científico, quer também da importância de uma ética de proximidade e de solicitude gerada num universo ético, que é sempre a relação clínica entre o profissional de saúde e a pessoa doente. A experiência da vivência da dor é sempre algo irredutível. A ciência procura respostas para o problema da dor, que por vezes é sublimada, outras, porém, sofrida e, por último, é vista como uma inevitabilidade.

A dor, no caso da criança, deve-nos levar a saber e a compreender que precisamos de “olhar” com um “outro saber”. A dor pode ter muitos rostos e para os quais temos que, necessariamente, saber lidar com o saber da técnica e da ciência, mas também com o saber humano que nos interpela para a sensibilidade ética.

A dor vem lembrar a presença inalienável do corpo, deste corpo sentido desde dentro e ao mesmo tempo visível de fora. Os sinais de dor podem não se exteriorizar, mas eles são vividos interiormente como se o corpo refletisse a sua presença, voltando a atenção sobre ele próprio.

O corpo é a pessoa, dir-se-á, embora na dor a pessoa sinta ao mesmo tempo que este corpo que dói não é totalmente idêntico a ela; é precisamente na dor que a pessoa sente a sua não coincidência com o corpo, com este corpo que limita os seus movimentos ou a sua atenção”.

PROGRAMA:

14H30 | SESSÃO DE ABERTURA - Prof. Doutor Carlos Costa Gomes, Presidente do CEB

15H00 | PAINEL I – A DOR NA CRIANÇA

- Moderadora: Prof.^a Doutora Helena Jardim – Pediatra
- A avaliação da dor na criança - características peculiares - Sílvia Rebelo, Enfermeira (CHUSJoão)
- Do dói-dói à dor: consciencialização da dor - Susana Moutinho, Psicóloga (IPO Porto)
- A terapêutica da dor na assistência pediátrica – da profilaxia ao tratamento - Carolina Baptista, Pediatra (CHUSJoão)

16H30 | PAINEL II – POLÍTICAS E DESAFIOS ÉTICOS E BIOÉTICOS NO TRATAMENTO DA DOR

- Moderador: Prof.^o Doutor António Albino Teixeira (Fundação Grünenthal)
- Aspetos éticos e bioéticos no tratamento da dor na criança - Prof. Doutor Filipe Almeida, Pediatra (FMUP)
- Políticas de saúde materno-infantil: o que falta fazer (ou que desafios) no tratamento da dor - Prof.^a Doutora Maria do Céu Machado, Pediatra (FMUL)

18H30 | SESSÃO DE ENCERRAMENTO

- Homenagem e reconhecimento do CEB ao Sr. Doutor Artur Santos Silva

Fundamentação da Homenagem ao Sr. Doutor Artur Santos Silva

Uma homenagem justa é aquela em que quer a pessoa ou instituição homenageada é reconhecidamente merecedora de pública

distinção, quer quem presta a homenagem é credor de confiança e respeito.



No presente caso cremos que ambas as premissas encontram cabal demonstração e prova de vida nos factos. A instituição que tomou a iniciativa, o Centro de Estudos de Bioética, que foi fundado em Coimbra no longínquo ano de 1988 por um escol de personalidades que de forma inovadora introduziram o estudo, o ensino e a investigação em Bioética, a então recente iniciativa avassaladora do pensamento e da cultura europeia no nosso país.

Um destes introdutores da “*gaia ciência*” bioética é o Professor Doutor Walter Osswald, que tivemos a honra e o gosto de poder contar entre os participantes neste encontro. O Centro de Estudos de Bioética é, assim, a mais antiga instituição ou associação de cultores da Bioética e a sua publicação regular, a Revista Portuguesa de Bioética, a única em Portugal nesta área crucial.

Muito se poderia acrescentar, mas mais importante, sublinhar e sublimar o alto merecimento da personalidade a quem prestamos homenagem. O Doutor Artur Santos Silva é, de facto, uma pessoa de excecionais qualidades, a quem os mais diversos setores do país devem inestimáveis serviços. Alto exemplo das características de

uma cidadania impoluta, de serviço à comunidade, de qualidades intelectuais e morais que se apresentam como um feixe de virtudes cingido pela modéstia e simplicidade que a verdadeira grandeza exigem, o Doutor Artur Santos Silva mereceu outras e porventura mais relevantes homenagens, tais com o grau de doutor honoris causa da Universidade do Porto.

À economia, ao sistema bancário, à cultura em geral e às artes em particular, ao setor social e caritativo se tem estendido a sua atividade benfazeja, mormente através da esclarecida intervenção em grandes e beneméritas instituições, tais como a Fundação Calouste Gulbenkian e a Fundação La Caixa.

Agradecidamente lembramos o seu papel determinante na atribuição de um subsídio do Banco Português de Investimento à Revista Portuguesa de Bioética, subsídio regularmente concedido e que tem garantido a continuação de uma publicação única na história da cultura bioética portuguesa.

Assim, é como atual presidente do Centro de Estudo de Bioética que tivemos a enorme honra de entregar ao senhor Doutor Artur Santos Silva o diploma de Associado Honra deste Centro e de lhe agradecer, viva e sinceramente, a sua ajuda à nossa missão de estudo, difusão e investigação no campo da Bioética.



“É grande quem usa vasos de argila como se fossem de prata, mas não é inferior quem usa vasos de prata como se fossem de argila.” (Sêneca)

Artur dos Santos Silva conjuga o vaso de argila e o vaso de prata. Na simplicidade do seu modo de ser homem, nunca ostentou a prata como ouro, pelo contrário, sempre considerou que o ouro era realizar com competência e humanidade as funções de alto prestígio e relevo que lhe foram confiadas e as que com a sua inteligência volitiva criou e fundou.

A todas desempenhou e desempenha com a simplicidade da argila e com a sabedoria compreender que a prata é a regra de ouro e não o ouro como regra.

O poeta Sebastião da Gama diz: *“pelo sonho é que vamos”*. Daniel Serrão acrescenta: *“pela inteligência é que vivemos”*. Artur dos Santos Silva – usou e usa bem o sonho do poeta e vive com um coração inteligente e não com uma inteligência sem coração...



Porto, 1 de junho de 2023.

Carlos Costa Gomes





