

# A interrupção voluntária da gravidez e o direito à vida do nascituro<sup>1</sup>

*José António Tavares*  
*tavares.ordemosmedicos34429@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*

---

<sup>1</sup> 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.

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.

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*.

*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 hermeneuta 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,

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-cognitívismo 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 Phyllipa Foot (1920-2010), a partir da tentativa de dialogar com a

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-

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

## 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

# O retorno à ética fundamental

*André Marcelo Machado Soares<sup>1</sup>*

**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

---

<sup>1</sup> 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).

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/uol/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.

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*

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 Morais 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.

## Referências

1. Albuquerque Júnior DM. 2003. Nordeste. 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.

## 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 representações êmicas 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.

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.

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

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.

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

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

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

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, resignificando 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 resignificação 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

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 Sergio, 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, Sergio é agora o único homem na linha de sucessão.

A resignificação 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

## 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”.

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.

## 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,

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”.

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

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.

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

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

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, conseqüentemente, 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).

## 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

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

*Erika Maria Rocha Leite*<sup>1</sup>

*Mirna Albuquerque Frota*<sup>2</sup>

*Andréia Braide*<sup>3</sup>

*Renato da Silveira Borges Neto*<sup>4</sup>

*Carlos Costa Gomes*<sup>5</sup>

- 
- 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@essnoretcvp.pt](mailto:carlos.gomes@essnoretcvp.pt).



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.

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/NEJMra1404684.
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,

## **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 evidencia 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 excecência 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

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 demências 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).

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 delirium 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 existencia 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

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,

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

## **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 de 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

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

Isabel Galriça Neto<sup>1</sup>

**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

---

<sup>1</sup> 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 Competencia 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.



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.

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.

- 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

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 ;
- Ministras 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!

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

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 á 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

## **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 anamnésticos, 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

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 desalinhas 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!

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

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!

# Aspectos éticos e bioéticos no tratamento da dor na criança<sup>1</sup>

*Filipe Almeida<sup>2</sup>*

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 recorro 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



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