

Bioética – e agora, o que fazer?

Intervenção no feto. Discordância dos pais

Intervention on the fetus. Parent's discordance

William Saad Hossne* (Coordenador)

INTRODUÇÃO

Esta seção tem por objetivo analisar e discutir questões bioéticas, a partir de casos específicos, que podem ser reais ou hipotéticos. Apresentando o caso, solicita-se a manifestação de pós-graduandos e docentes do Programa de Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado do Centro Universitário São Camilo. Trata-se de atividade de interação entre corpo docente e corpo discente do Programa. A seção é aberta a todos os interessados. A coordenação do Programa de Pós-graduação solicita e agradece a colaboração dos leitores, enviando relatos de caso.

Situação

Paciente de 40 anos em segunda gestação tem como histórico obstétrico um abortamento anterior no segundo trimestre de gestação por malformação fetal complexa. A atual gestação é supervalorizada pelo casal em função da idade de ambos, ela 40 anos e ele 46 anos, e também pelo histórico de já terem perdido uma gestação anterior. No segundo ultrassom obstétrico, com 16 semanas de gestação, é detectado aumento de área cardíaca do feto. Após realização do ecocardiograma fetal com Doppler e fluxo a cores, constata-se estenose aórtica grave, impossibilitando gestação a termo. A indicação formal é de realizar a comissurotomia aórtica intraútero, o que o casal não aceita, apesar de explicado detalhadamente que o procedimento traz riscos, mas é a melhor chance da gestação chegar a termo. **E agora, o que fazer?**

Caso enviado por Antonio Pereira Filho

PARECER 1

O detalhamento biomédico da situação do feto e da intervenção intrauterina, com seus riscos e relativas perspectivas positivas, não bastou para uma opção diferente que a descrita, aqui apresentada muito sinteticamente, solicitada pelo casal. Nota-se um esforço da equipe médica de convencê-los a realizar o procedimento. Também o histórico (idade, gestação anterior com perda por malformação) leva a acreditar que o casal tomaria a opção pelo tratamento do feto. Surge a dúvida em relação à consistência dessa decisão do casal. Para se perceber melhor como ela se deu, outros elementos ali não descritos necessitariam ser observados. Nessa percepção, entraria a ajuda de outros sujeitos, profissionais ou não. Contudo, didaticamente ao menos, ainda estaríamos no âmbito descritivo-explicativo, fenomenológico. É preciso alcançar o âmbito bioético, que assume este, mas vai além,

potencializando a liberdade do casal, equilibrando ou ajustando as várias dimensões. O enriquecimento para uma decisão consistente vai além das indispensáveis informações biomédicas.

Alguns possíveis elementos presentes na situação descrita, relacionados ao aspecto psicológico, podem ser vistos numa pesquisa publicada na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia¹. Os autores analisaram as reações, principalmente das gestantes, e identificaram as estratégias de enfrentamento diante das cardiopatias congênitas. Apontaram a pouca atenção dada ao impacto psicológico nessas situações, sabendo que nesses casos existem, por exemplo, altos níveis de stress, sentimentos de ansiedade, medo, impotência, raiva, desespero, baixa autoestima. A demanda psíquica do momento, associada à urgência, dificulta uma decisão mais amadurecida. Como esse aspecto foi ou deveria ser tratado na situação

* Médico. Professor Emérito (Cirurgia) da Universidade Estadual Paulista – UNESP, Faculdade de Medicina, campus Botucatu-SP, Brasil. Ex-Presidente da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Membro do Comitê Internacional de Bioética da UNESCO. Coordenador do programa Stricto sensu em bioética (Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado) do Centro Universitário São Camilo-SP, Brasil. E-mail: posbioetica@saocamilo-sp.br

apresentada? Uma ajuda nessa área possivelmente daria maior sustentação à liberdade do casal.

Outros elementos apresentados no mesmo artigo dizem respeito ao aspecto cultural, etnográfico. São aqueles do significado atribuído ao coração, do significado de uma criança com necessidade de cuidados médicos posteriores, da possibilidade dela sofrer preconceitos, do significado de ser mãe e pai. Uma discussão bioética precisa levar em conta esse aspecto cultural. A bioética, segundo Daniel Callahan², desenvolve-se como uma perspectiva cultural, portanto, pode ser observada pelo viés dos elementos simbólicos. Conforme Edward Tylor, cultura é “aquele todo complexo que inclui conhecimento, crença, arte, lei, costume e quaisquer outras capacidades e hábitos adquiridos pelo homem na condição de membro da sociedade”³. A pesquisa citada anteriormente observou que a crença religiosa, um dos elementos da cultura, é frequentemente uma estratégia usada no enfrentamento desse tipo de problemática. De que modo foi desenvolvida a conversa com o casal em torno do aspecto cultural? Que valores apareceram com referência na explicação dos elementos biomédicos? De que ambiente cultural participa esse casal? Não haveria, nesse contexto, elementos questionáveis?

Pode-se imaginar que a opção foi determinada, possivelmente, pelo seu matiz cultural. A tensão que certamente a situação provocou nesse casal talvez seja uma oportunidade importante de transformação de sua própria cultura naquilo que, no diálogo intercultural, pode ser compreendido como questionável. Este pode ser considerado o maior entrave, a discussão da cultura, pois, por trás de uma decisão, há um modo de viver que precisa ser pensado. O ponto de vista bioético pode trazer o cuidado com o que está doente como algo que se interpõe a preferências subjetivas.

A ética e a bioética existem justamente para pensar e repensar os modos de agir e seus significados, a cultura. Um dos aspectos da cultura contemporânea é, por vezes, a chamada “liberdade de indiferença”, conforme apontou Pinckaers. Segundo ele, nessa ideia, a liberdade consiste “em uma indeterminação ou indiferença radical da vontade a respeito de coisas contrárias, de sorte que

esta produz seus atos de uma maneira contingente”⁴. Ou seja, a base da liberdade está puramente na vontade, sem relação com a realidade. A liberdade precisa ser de “qualidade”, no dizer de Pinckaers, quando educada, amadurecida, e não de indiferença.

É necessário insistir no reforço do entendimento de todas as dimensões dos sujeitos envolvidos, para o enriquecimento da liberdade, para que ela não se baseie apenas no momento que o casal está vivendo, na urgência do problema que pode embotar ou cegar a vontade. Quer dizer, os profissionais e outros agentes que precisam atuar no caso possuem, entre outras, a função de potencializar e amadurecer a liberdade desse casal, em vista do bem desse ser humano que está no início de sua existência.

REFERÊNCIAS

1. Benute GRG, Nonnenmacher D, Evangelista LFM, Lopes LM, Lucia MCS, Zugaib M. Cardiopatia fetal e estratégias de enfrentamento. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011 [cited 2014 Jul 15];33(9):227-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000900002&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011000900002>.
2. Callahan D. Bioethics. In: Stephen GP, editor. *Encyclopedia of Bioethics*. 3th ed. New York: Thomson e Gale; 2004. p. 278-87.
3. Tylor E. A ciência da cultura. In: Castro C, organizador. *Evolucionismo cultural*. Rio de Janeiro: Zahar; 2005. p. 69-99.
4. Pinckaers ST. *Las Fuentes de la Moral Cristiana: su Método, su Contenido, su Historia*. 3a ed. Trad Juan José García Norro. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra; 2007. p. 392. (Colección Teológica)

Elisandro Fiametti

Graduado em Filosofia (FAFIMC – Viamão-RS) e em Teologia (ITEPA – Passo Fundo/RS). Mestre e Doutorando em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo, São Paulo-SP, Brasil. E-mail: peelisandro@yahoo.com.br

PARECER 2

Deparamo-nos aqui com uma gravidez de alto risco em uma “gestante idosa”, assim considerada aquela com idade igual ou superior a 35 anos. No caso da primípara idosa, os obstetras estão familiarizados com uma

estatística bastante negativa, com elevada morbidade materna, alto índice de abortos e preocupante incidência de malformações congênitas¹. Vem sendo observado um aumento expressivo do número de gestantes com primeira gestação tardia: no Hospital das Clínicas da USP, em 1970, era atendida uma gestante em cada vinte com mais de 35 anos; atualmente, essa proporção é de uma gestante nessa situação para cada seis atendimentos. Esse aumento é creditado ao crescimento da população de mulheres que ingressam no mercado de trabalho ou que concluem cursos de maior duração, adiando o momento de engravidar².

Na primeira gestação, apresentou abortamento por malformação fetal e, na gravidez relatada, com 16 semanas de gestação, os exames realizados constataram o diagnóstico de estenose aórtica grave, com altíssimo risco de morte intrauterina por insuficiência cardíaca. A conduta terapêutica depende da idade gestacional. Quando há maturidade fetal, indica-se a interrupção da gestação em hospital que tenha disponibilidade de intervenção cirúrgica corretiva imediata. Na situação relatada, a única possibilidade é a intervenção intrauterina com a finalidade de dilatação da valva aórtica por meio de cateter-balão. Trata-se de procedimento de alta complexidade e elevado risco, mas o único capaz de oferecer uma oportunidade de sobrevivência do feto³.

Do ponto de vista ético, queremos crer que, após o desfecho da primeira gestação, a paciente foi convenientemente alertada sobre os riscos de uma nova gravidez, embora se possa entender que o desejo da realização da maternidade possa justificar o enfrentamento desses riscos. Na situação ora relatada, desde que todos os esclarecimentos dos riscos e benefícios tenham sido oferecidos à paciente e seu cônjuge em linguagem compreensível, não há nada que possa ser feito a não ser acatar a decisão do casal respeitando-lhes a autonomia, de acordo com o que preconiza o Código de Ética Médica no item XXI de seus Princípios Fundamentais e, mais especificamente, no artigo 31 do mesmo Código, que defende o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de morte⁴.

A nosso ver, a ressalva final desse artigo não se aplica ao caso, pois embora exista o risco de morte do concepto, não há como obrigar os pais a realizar um procedimento não autorizado.

Visando evitar situações futuras de processos por omissão ou perda de oportunidade, o médico deve registrar com detalhes no prontuário todo o acontecido e a recusa do procedimento pelo casal. Deve-se ainda solicitar do casal o preenchimento, em papel a parte e do próprio punho, de um termo de recusa do tratamento proposto, assinado por ambos.

Por fim, a continuidade da assistência à paciente deve ser prestada com todo o zelo até o desfecho do caso, como imperativo ético da atividade do médico.

REFERÊNCIAS

1. Batista NA, Zago MC, Segre CAM. Gravidez em primípara idosa: estudo maternal e neonatal. *Rev Paul Pediat*. 1984;2(8):25-8.
2. Carrezozi W. Uma em cada seis gestantes brasileiras tem mais de 30 anos. Disponível em: <http://www.acessemed.com.br/v1/?s=uma+em+cada+seis&search>.
3. Croti UA, et al. *Cardiologia e cirurgia cardiovascular pediátrica*. São Paulo: Roca; 2008. p. 67.
4. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM 1931/2009. 2009.

Carlos de Barros Laraia

Médico. Mestre em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo, São Paulo-SP, Brasil. Professor Titular do Departamento de Medicina Comunitária, Disciplina de Bioética, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS – Pouso Alegre-MG, Brasil. Reitor da Universidade do Vale do Sapucaí. E-mail: dr.laraia@uol.com.br / carloslaraia@univas.edu.br

PARECER 3

Tanto do ponto de vista legal, como do ponto de vista deontológico, assim como sob uma visão bioética, a conduta teria de ser, em princípio, expectante. *Legalmente*, não se pode obrigar ninguém a fazer, ou deixar de fazer algo, a não ser em virtude de lei. Em alguns casos a lei permite a ação médica sobre alguém (ainda que contra a vontade da mesma ou de seu representante legal) nos casos em que

exista perigo de vida direto e iminente. Apesar disso, juridicamente, o feto não possui *status* de *pessoa*, além do que a ação não envolveria apenas o feto, já que a cirurgia far-se-ia intraútero. *Deontologicamente*, da mesma forma, nenhum artigo do Código de Ética Médica impõe ação contra o desejo expresso do paciente (no caso, a mãe gestante, o casal). Refletindo como bioeticista, restaria ao médico a opção de, se houvesse para ele um *imperativo categórico de sua consciência moral* estabelecendo a vida do feto (nas circunstâncias), como o valor de relevância maior, tentar exercer o seu

poder de convencimento, ao mostrar que, pela avaliação técnico-científica, as melhores chances de a gravidez chegar a termo seria a comissurotomia. Ou seja, a escolha seria entre a quase certeza de abortar, ou ter um filho morto, e as maiores possibilidades de tê-lo vivo. Lembrando, contudo, que mesmo os desejos morais têm limites.

Marcos de Almeida

Médico. Livre-Docente em Bioética pela USP. Professor do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu do Centro Universitário São Camilo-SP, Brasil. E-mail: marcosal01@hotmail.com