

# Bioética – e agora, o que fazer?

*Bioethics: what are we to do now?*

*Bioética: ¿que hacer ahora?*

William Saad Hossne (coordenador)\*

## Situação hipotética

Um jovem casal procurou aconselhamento genético para investigar o motivo do óbito do feto que ocorreu na primeira gestação. O conceito tinha 18 semanas de vida intra-uterina e subitamente o coração parou informou a mãe. O óbito fetal foi confirmado pelo ultrassom. Após a curetagem, o médico responsável encaminhou o material para exame anátomo-patológico. A mãe refere que ao retirar o laudo do exame no laboratório de patologia, solicitou ao atendente que pudesse ver o conceito: “Fui procurar ver meu bebê e tê-lo para poder sepultá-lo, mas me disseram que nesta idade seria desprezado como uma peça cirúrgica, conforme orientações internas do laboratório. Não pude ficar com ele e sepultá-lo como gostaria”. Por que não sepultar um feto de 18 semanas gestacional? Existem restrições médicas e/ou legais nestes casos? A quem pertence a decisão do destino de um feto morto? O que fazer?

*Caso enviado por Benjamin Heck*

## PARECER 1

Os casos de abortamentos são vivenciados diariamente pelos profissionais da área de ginecologia e obstetrícia, principalmente nos atendimentos de pronto-socorro. Rotineiramente os fetos com menos de 500 gramas, são encaminhados para anátomo-patológicos ou estudo citogenético, ficando no laboratório por 21 dias e posteriormente descartados, como lixo hospitalar. A paciente recebe somente um papel com o resultado da análise; é o que resta, em geral, da gestação que cursa com abortamento.

Porém do outro lado, existe uma paciente que além do tratamento inerente ao abortamento (seguimento ultra-sonográfico, medicamentoso ou até um procedimento cirúrgico com curetagem uterina), apresenta-se psicologicamente abalada, por um luto que lhe é vedado, pois para todos ao redor é algo natural e corriqueiro. É a morte de quem se quer existiu para a sociedade; mas para quem o deseja, já tem nome, sexo, cores de roupas, planos futuros..., pelo simples fato de um teste positivo de gravidez.

Analisando os dois pontos de vista, o da paciente e do médico, o abortamento tem valores muito diferentes; o

que é natural para um, pode não ser para o outro. Nem se quer é dado o direito ao luto, que faz parte de uma perda, importante processo de aceitação para a pessoa.

O que muitos profissionais a área não sabem, é que este feto abaixo de 500 gramas, pode ser sepultado e esta decisão depende do casal. Pode ser feito uma declaração de natimorto para os fins legais e formais para o sepultamento.

Devemos respeitar o luto para que ele não se torne ainda maior. Concretizar esta perda através do sepultamento, é uma maneira de finalizar uma história.

Segundo Clotet, princípio da beneficência requer, de modo geral, que sejam atendidos os interesses importantes e legítimos dos indivíduos e que, na medida do possível, sejam evitados danos. Para que esta princípio aconteça, os diversos profissionais da saúde (médicos, enfermagem e psicólogos), que prestam serviço a paciente devem estar atentos quanto a não banalização do fato e fornecer todo apoio e informação possíveis.

As opções quanto ao encaminhamento do feto para anátomo-patológico ou para sepultamento, devem ser oferecidas ao casal, e sua autonomia de pensamento e de vontade cumpridas.

\* Médico e pesquisador. Professor Emérito da Universidade Estadual Paulista – UNESP, campus Botucatu, Faculdade de Medicina. Membro da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Membro do Comitê Internacional de Bioética da UNESCO. Coordenador do Programa *Stricto Sensu* em Bioética (Mestrado e Doutorado) do Centro Universitário São Camilo, São Paulo. E-mail: secretariamestrado@saocamilo-sp.br

Ultimamente o tema sobre abortamento tem sido muito discutido com relação a legalização, porém uma questão tão básica como o luto, como nos casos de abortamentos espontâneos, também deve ser avaliado à luz da bioética.

**Elaine Haga.** *Médica com Título em Especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Aluna do Mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo.*

## PARECER 2

Meu espanto: o casal não ter tido informações, e mais, um casal de primeira viagem (primeira gestação)!

Imagine o casal receber a notícia que “seu bebê” foi desprezado como uma peça cirúrgica (encinerado)!

Cerca de 98 por cento dos abortos espontâneos acontecem no primeiro trimestre da gravidez, isto é, nas primeiras 13 semanas. Embora seja mais rara, a perda do bebê depois disso também acontece. No Brasil, a perda do bebê é considerada abortamento quando acontece até 20 semanas de gestação, ou mais tarde, se o feto pesar até 500 gramas e menos de 25 cm.

Antes da 20ª semana de gravidez, o bebê é considerado feto, portanto não será necessário fazer nenhum tipo de registro nem tirar certidão de óbito. O hospital cuidará do corpo. Se a família quiser o corpo para fazer algum tipo de sepultamento ou cerimônia, pode requisitá-lo ao hospital. O hospital então emitirá uma declaração de óbito, e a família precisará ir ao cartório de registro civil tirar uma certidão de natimorto.

É recomendável que a família se informe a respeito e manifeste sua vontade antes mesmo dos procedimentos médicos que forem indicados no caso, para que o hospital tome as providências necessárias a tempo, explica o Ministério da Saúde.

Embora o registro não seja obrigatório, há famílias que se sentem melhor dando um nome à criança, para poder se referir a ela depois. É uma atitude que pode ajudar a aliviar um pouco a dor da perda, mais para a frente. Mas tem de ser uma atitude simbólica, pois a certidão oficial de natimorto sai apenas com o nome dos pais, sem nome para a criança.

No hospital, é aconselhável conversar com o médico para obter o máximo de informações possível. É importante você saber o que aconteceu para programar sua

vida reprodutiva futura. Pelo exame do feto, será possível identificar o sexo e se havia malformações ou algum outro problema de saúde. Mas os resultados podem demorar. Além do trauma físico, há o trauma psico-emocional.

Assim, o aborto espontâneo é uma situação traumática que requer a elaboração de um processo de luto, para que seja ultrapassado de forma saudável.

A sociedade nem sempre aceitou (e provavelmente ainda não aceita) que o sofrimento de perder um bebê por aborto espontâneo pode ser comparável, em termos de trabalho de luto, à perda de uma criança com alguns anos de idade. Independentemente de se tratar de uma criança com um ano de idade, uma criança que viveu apenas algumas horas ou um feto com malformações, existe sempre uma reação de sofrimento emocional, que implica depois a existência de um ajustamento psicológico, tanto individual como familiar.

Ao aborto segue-se um trabalho de luto, que poderá trazer maior ou menor tumulto, conforme a relação da mulher com este bebê, que não chegou a nascer. Além da perda física, existe a perda afetiva. Perdemos um filho que não chegamos a conhecer, a embalar, a alimentar, a abraçar e, com ele, perdemos as ilusões e sonhos que tivemos para o seu futuro.

**É importante que estas mulheres entendam que não estão sozinhas. O aborto espontâneo ocorre em cerca de 25% das gravidezes humanas. É normal que sintam uma dor enorme e difícil de suportar. O tempo é um grande aliado e, com o passar do tempo, é possível ultrapassar a dor.**

O trabalho de luto é um processo doloroso. A pessoa passa por fases onde surgem sensações fortes, que parecem permanecer para sempre. É importante que a dor seja vivida, que os sentimentos não sejam ignorados, pois a dor faz parte do processo de recuperação. A dor da perda de um filho vai acompanhar a pessoa durante toda a sua vida, mas com o tempo ela vai aprender a encarar esta dor de forma diferente, aprendendo a acreditar que pode tentar novamente.

Assim, reparamos que não há restrições médicas, nem legais quanto ao sepultamento e que a atenção maior deve ser dada à elaboração do luto.

O que fazer? Instituir urgentemente em todos os cursos da área da saúde (medicina, enfermagem...) um módulo de bioética na grade curricular.

A bioética sendo um espaço de diálogo que visa justamente o resgate da dignidade da pessoa humana e sua

qualidade de vida é inadmissível que o médico responsável não tenha informado o casal.

**Christian de Paul de Barchifontaine.** *Enfermeiro. Mestre em Administração Hospitalar e da Saúde. Doutorando em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa (UCP). Docente no Mestrado e no Doutorado em Bioética do Centro Universitário São Camilo. Atualmente, Superintendente da União Social Camiliana e Reitor do Centro Universitário São Camilo – São Paulo, Brasil. E-mail: cpb@saocamilo-sp.br*

### PARECER 3

O presente caso proposto para reflexão apresenta importantes implicações éticas.

A angústia como já dito por diversos autores, faz parte do cotidiano do homem. Essa angústia pode ser criativa e motora, gerando obras e fazeres que melhoram as condições de vida de uma comunidade e da própria pessoa ou, pelo contrário, a angústia, principalmente quando em excesso, pode dificultar nossas ações, gerando incertezas e, as vezes, inércia.

A existência de legislação que normatiza determinado procedimento costuma ser um excelente antídoto para a angústia acima referida, pois, teoricamente, basta “obedecer” a legislação pertinente e todos os problemas ou dilemas parecem definitivamente solucionados.

Até que situações, como a aqui proposta, leva-nos novamente a uma situação de conflito, principalmente de valores, que necessariamente devem ser resolvidos pelos profissionais envolvidos ou por um comitê de Bioética, quando acionado

Essa tomada de decisão é chamada por Diego Gracia, bioeticista espanhol, de deliberação. Para esse autor o referencial bioético fundamental na tomada de decisão é a prudência.

Em relação à situação proposta, declaração de óbito e sepultamento de concepto com morte intra-uterina, a legislação vigente é bastante clara em relação aos procedimentos que devem ser tomados pelos profissionais da saúde responsáveis pela atenção à gestante.

Segundo Laurenti, A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera:

*“óbito fetal”, “perda fetal” ou “morte fetal” a morte de um produto de concepção antes da expulsão do corpo da*

*mãe, independente da duração da gravidez. A morte do feto é caracterizada pela inexistência, depois da separação, de qualquer sinal descrito para o nascido vivo.*

A lei dos Registros Públicos em vigor no Brasil determina – “mesmo no caso de ter a criança nascido morta, seja promovido o registro”. Dessa forma, embora a lei não definisse o que se devia entender por nascido morto, devia ser ele considerado cadáver, sujeito à registro e consequentemente, enterramento.

Durante muitos anos se discutiu quando, na evolução fetal, deveria este ser considerada uma criança nascida morta e ter seu atestado de óbito.

O conceito de período perinatal foi devidamente definido na 10ª Revisão de Classificação Internacional de Doenças pela OMS de 1996. A partir dessa data, passou-se a considerar como limite inferior desse período os produtos de gestação extraídos ou eliminados do corpo da mãe a partir de 22 semanas de gestação.

A Resolução CFM nº 1601/2000, revogada pela Resolução CFM 1779/2005, definiu definitivamente essa questão, determinando:

Art. 2º – Os médicos, no preenchimento da declaração de óbito, obedecerão às seguintes normas:

2 – Morte fetal – Em caso de morte fetal, os médicos que prestavam assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a declaração de óbito do feto quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 gramas e / ou estatura igual ou superior a 25 centímetros.

Esta norma reduziu, com certeza, a angústia dos profissionais que atuam na atenção do binômio materno – fetal.

Entretanto, Laurenti refere que os registros de fetos abaixo dos parâmetros definidos pela resolução podem ser constituir em importante subsídio para o estudo de aborto espontâneo e provocado e, inclusive, recomenda o fornecimento do atestado de óbito.

Assim, fica claro que o fornecimento de Declaração de Óbito nesses casos não é obrigatório, porém também não se caracteriza como ilícito ético.

Enfim, em relação ao caso proposto, se solicitado pela mãe, o médico poderia fornecer a Declaração de Óbito e a mãe teria seu desejo satisfeito.

Do ponto de vista bioético este caso levanta uma interessante questão – os legisladores éticos e legais certamente discutiram e refletiram profundamente antes de editar as normas vigentes, entretanto, será que foram envolvidas as mães, as principais interessadas, nesse processo de decisão?

Pois este é exatamente um dos objetivos da Bioética: respeitar a autodeterminação das pessoas e assegurar a realização de seus desejos e vontades, buscando respeitar a dignidade das pessoas, com a consequente evolução da qualidade de vida de uma comunidade.

A reflexão, no campo de Bioética, a respeito do status ontológico e moral do feto, desde a fecundação até o nascimento é tema tradicional e fecundo.

Kottow, bioeticista chileno, tem uma visão a respeito do tema bastante interessante e bem fundamentada. Para ele deve-se considerar que existem efetivamente três “personagens” envolvidos: o embrião ou o feto, a mulher e terceiros e, pelo menos, três teorias conceituais ou posicionamentos.

A posição absoluta, que considera que desde a concepção o embrião tem o *status* moral de qualquer pessoa. Obviamente, a posição absoluta volta-se ao embrião. Esse *status* é metafísico e necessariamente relacionado à fé, algo que se pode crer ou não.

A posição evolutiva defende que o embrião está em evolução e, em algum momento, variável para cada autor, passará a ter *status* moral.

A terceira posição, defendida por Kottow, é a relacional. Aqui se defende a idéia de que um ser humano somente adquire *status* moral, quando passa a se relacionar. Esta posição também fala em favor do embrião ou do feto, só que estabelece o momento relacional como início desse ser. No entanto, leva mais em conta os interesses da mulher, porque depende dela o “início” da gravidez.

Além dessas considerações mais teóricas, podemos elencar também questões práticas como o direito da mãe de vivenciar seu luto e a síndrome pós-aborto, ambas com consequências importantes à saúde física e psicológica da mãe, que teve um importante trauma, com a interrupção de sua gravidez e consequente perda de seu filho.

A síndrome pós-aborto, também conhecida como síndrome pós-traumática pós-aborto, foi descrita para abortos provocados, mas sua ocorrência é aceita por diversos autores para abortos espontâneos. Desde Freud já se conhece essa manifestação – “Fica-se também estupefato com os resultados inesperados que se podem seguir

a um aborto artificial, à morte de um filho não nascido, decidido sem remorso e sem hesitação”.

Esta síndrome é caracterizada por manifestações psicopatológicas caracterizadas principalmente por sentimento de culpa, comportamento autopunitivo, ansiedade e transtornos depressivos.

Enfim, concluindo nosso raciocínio, embora a lei determine os limites para o fornecimento obrigatório da Declaração de óbito, nada impedia, pelo contrário, seria aconselhável, que o desejo da mãe de enterrar seu filho, com o qual manteve um relacionamento, fosse plenamente realizado.

**José Marques Filho.** *Reumatologista. Conselheiro do CREMESP. Doutorando do Centro Universitário São Camilo.*

#### PARECER 4

A situação hipotética ilustrada pelo Dr. Benjamim Heck, sobre o destino final de um feto (1ª gestação) com idade de 18 semanas de vida intra-uterina, que foi a óbito por parada cardíaca, confirmado pela ultrassonografia, pode ser caracterizado da seguinte maneira:

1. Segundo a Lei dos Registros Públicos (Lei 6015 de 31/12/1973) em seu Artigo 77 está mencionado que: *“Nenhum sepultamento será feito sem certidão, do oficial do registro do local do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, ou, em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte.”*
2. Todavia, a resolução da ANVISA – RDC n. 306, de 07/12/2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, caracteriza como tal (resíduos de serviços de saúde), peças anatômicas do ser humano, tecidos, membros, órgãos e **fetos com peso inferior a 500 g, estatura inferior a 25 cm e idade gestacional menor que 20 semanas.**
3. No número 7 da mesma Resolução, referente ao chamado Grupo A3, está indicado o que significa tal grupo: *“7.1 – Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 g ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e*

**não tenha havido requisição pelo paciente ou seus familiares”.**

4. Portanto, ainda que, em princípio, a legislação considere os fetos com peso menor que 500 g ou estatura menor que 25 cm ou idade gestacional menor que 20 semanas, como, tecnicamente RSS (resíduo de serviço de saúde), nada impede que o mesmo, seja, mediante requisição de seus familiares e conforme o que está expresso no item 7.1, devidamente sepultado, de acordo com o preceituado no subitem 7.1.1 da mesma resolução: “7.1.1 – *Após registro no local de geração, devem ser encaminhados para: I – Sepultamento em cemitério, desde que haja autorização do órgão competente do Município, do Estado ou do Distrito Federal ou; II – Tratamento térmico por incineração, ou cremação, em equipamento devidamente licenciado para esse fim.*”
5. Em resumo, pode-se concluir que, a despeito da tendência de não considerar os fetos abaixo de 20 semanas, 500 gramas e 25 centímetros, como “projeções ultra existenciais de pessoas”, um **imperativo categórico de consciência moral** pode se im-

por em tais casos, tendo inclusive, aparentemente, tocado a Resolução 306, quando esta faz a ressalva **e não tenha havido requisição dos familiares.**

Assim sendo, julgamos que, na situação hipotética, **seria permitido sim** sepultar um feto de 18 semanas e que não existem restrições médicas e legais para fazê-lo. Tudo dependerá da autorização do órgão competente do Município, do Estado ou do Distrito Federal.

Observe-se, contudo, que não há previsão legal para registro de feto, abaixo dos limites várias vezes mencionados, mas também não há o impedimento da concessão do atestado de óbito<sup>a</sup>. O que se estará sepultando, portanto será (ao menos oficialmente), um RSS (Resíduo de Serviço de Saúde).

**Marcos de Almeida.** Médico. Livre-docente pela Universidade de São Paulo. Doutor em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo. Professor de Medicina Legal, Deontologia e Bioética na Universidade Federal de São Paulo. Docente do Programa Stricto sensu em Bioética do Centro Universitário São Camilo.

## REFERÊNCIAS

1. Laurenti R, Mello Jorge MHP. O atestado de óbito. 5a ed. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação das Doenças; 2004.
2. Brasil. Resolução n. 1779, de 11 de novembro de 2005. Conselho Federal de Medicina, Brasília.
3. Oselka G, Oliveira RA, organizadores. Cadernos de Bioética do CREMESP. São Paulo: CREMESP; 2005.
4. Freud S. Além do princípio do prazer. In: Edição Standart das obras de Sigmund Freud. v. VI. Rio de Janeiro: Ed Imago; 1976.

a. **Em que situações não emitir a DO 1.** No óbito fetal, com gestação de menos de 20 semanas, ou feto com peso menor que 500 gramas, ou estatura menor que 25 centímetros. **Nota:** A legislação atualmente existente permite que, na prática, a emissão da DO seja facultativa para os casos em que a família queira realizar o sepultamento do produto de concepção. [www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/declaracaodeobito](http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/declaracaodeobito)

Recebido em: 3 de agosto de 2010.  
Aprovado em: 23 de setembro de 2010.