



Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará

PARECER CREMEC N.º 6/2023

***12/06/2023**

PROCESSO-CONSULTA CREMEC N.º 06/2023 – PROTOCOLO N.º 23.6.000002917-7

ASSUNTO: Morte encefálica materna e continuidade da gravidez

RELATOR: Cons. Helvécio Neves Feitosa

EMENTA: Nos casos de morte encefálica materna e prolongamento do suporte somático para continuidade da gravidez, os interesses do feto devem prevalecer. O conhecimento da vontade expressada anteriormente pela mãe com relação ao suporte corpóreo, caso exista, deve ser levado em consideração. No processo de tomada de decisão, deve haver reunião conjunta entre a equipe assistencial, a Comissão de Ética Médica hospitalar (ou o Comitê de Bioética), o(a) parceiro(a) que compartilha a gênese do nascituro e/ou representante legal para estabelecimento de consenso quanto à conduta a ser adotada. Na impossibilidade de consenso, o Poder Judiciário poderá ser acionado. Recomenda-se promover o aconselhamento e o apoio psicológico ao parceiro(a) e familiares. Com relação ao princípio da justiça distributiva, os custos envolvidos serão considerados, mas não devem se sobrepor aos interesses do nascituro.

DA CONSULTA

A Comissão de Ética Médica de um hospital terciário encaminhou caso de gestante de 23 anos, internada em UTI, com gestação de 16 semanas e 5 dias, com um quadro de encefalite de causa indeterminada (presumivelmente autoimune), refratária aos tratamentos instituídos, que evoluiu com morte encefálica. Solicita Parecer quanto à possibilidade de manutenção do corpo para o prosseguimento da gestação até a viabilidade fetal.

DO PARECER

Tentativas de prolongamento da gravidez após constatação de morte cerebral materna têm ocorrido. Para tal, medidas de suporte orgânico materno são efetivadas, incluindo ventilação mecânica, suporte farmacológico para o sistema cardiovascular, nutrição enteral ou



Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará

parenteral, terapia de reposição endócrina incluindo corticoides e hormônios tireoidianos, tratamento de sepse, diabetes *insipidus* e distúrbios hidroeletrólíticos.

Ante a constatação da morte encefálica materna, emergem questionamentos quando à adequação do suporte somático materno contínuo na tentativa de alcançar a viabilidade fetal. Um dos principais questionamentos levantados: é uma opção apropriada, com razoável probabilidade de sucesso, ou é uma “terapêutica experimental” fútil, sem perspectiva de desfecho favorável?

Na visão de vários autores, o prolongamento das funções somáticas maternas em tal situação constitui um tratamento experimental (FIELD et al., 1988; BERNSTEIN et al., 1989; FINNERTY et al., 1999; POWER; BERNSTEIN, 2003; LANE et al., 2004). Ao adotar tal conduta, o médico extrapola a experiência de manter os órgãos maternos funcionando por algum tempo para permitir a doação de órgãos, uma conduta já bem estabelecida. Há uma evolução relativamente previsível de perda da estabilidade cardiovascular, insuficiência hipofisária completa, sepse e bradiarritmias, com subsequente parada cardíaca.

A probabilidade de manutenção bem sucedida da função somática depende principalmente do tempo necessário para que o feto atinja a viabilidade (LANE et al., 2004). O primeiro caso relatado de suporte corporal materno pós-morte encefálica para beneficiar o feto data de 1982 (DILLON et al., 1982). A mais longa duração do suporte somático materno bem-sucedido após morte encefálica de que se tinha conhecimento era de 107 dias (BERNSTEIN et al., 1989). No relato do caso citado, a função somática materna permaneceu relativamente estável até que o suporte de órgãos foi descontinuado após o parto. No Brasil, foi descrito um caso de suporte somático materno por 123 dias (THOMPSON; COELHO, 2017), com desfecho neonatal satisfatório. Mais recentemente, foi relatado um caso de morte encefálica materna na República Tcheca, que ocorreu com 16 semanas de idade gestacional, com manutenção da função somática na gravidez por 117 dias, até 35 semanas, quando a gravidez foi interrompida e o feto nasceu com 2.200g, com boa vitalidade e sem complicações (GAL et al., 2021).

Em estudo de revisão da literatura sobre o tema, foram catalogados 12 casos de morte encefálica materna com manutenção da função somática: a idade gestacional em que ocorreu o óbito variou de 13 a 30 semanas; o prolongamento da gravidez foi de 36 horas a 107 dias, com média aproximada de 45 dias (FERRAGHER; LAFFEY, 2005). Em 2010, uma revisão sistemática da literatura evidenciou 30 casos, desde 1982 (ESMAEILZADEH et al., 2010). Uma última revisão a que tivemos acesso descreveu 43 casos no período de 1979 a 2015 (ERLINGER, 2017).



Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará

Pelo visto, é possível, pelo menos em teoria e com diversos relatos na prática, sustentar a função somática materna por longos períodos de tempo. Atingir a idade gestacional de 32 semanas é geralmente considerado o ideal para o parto neste contexto (FIELD et al., 1988; BERNSTEIN et al., 1989; FINNERTY et al., 1999; FELDMAN et al., 2000; LANE et al., 2004). No entanto, a manutenção da função somática materna até uma idade gestacional em que a viabilidade fetal se torna claramente possível, ou seja, até 24 semanas, está no horizonte do pretendido.

Do ponto de vista da análise bioética, o prolongamento do suporte somático materno pode ser considerado aceitável apenas se houver alguma esperança de sucesso, embora seja difícil quantificá-la. É claro que quanto mais a gravidez se aproxima do termo, mais provável é o desfecho favorável para o feto. Entretanto, o limite fisiológico superior para o prolongamento somático na ausência de função do tronco cerebral não está estabelecido. As estratégias para manter a função somática materna permanecem experimentais. Há uma visão de que isso constitui experimentação médica com pouca esperança de sucesso, mormente quando a idade gestacional é muito precoce. Entretanto, com o avanço da tecnologia assistencial na medicina intensiva, cresce o número de relatos do prolongamento do suporte somático. Quanto à probabilidade de sucesso do procedimento, não se tem uma estatística fidedigna, haja vista a possibilidade do viés de não publicação dos casos de insucesso.

Outras questões que devemos levar em conta no contexto bioético incluem o direito à autonomia materna, a necessidade de respeitar um corpo após a morte encefálica e o direito de a mulher morrer com dignidade. Em contraponto a essas considerações sobre a mãe estão as questões éticas centradas no feto. A mais dilemática delas é o exame de quais interesses devem ter primazia, é dizer, os interesses do feto ou os da mãe (LANE et al. 2004; FERRAGHER; LAFFEY, 2005). Alguns manifestam a visão de que pelo fato da mulher estar legalmente morta, não há conflito entre os direitos dela e os do feto (CARTOLOVNI; RABEK, 2019). Ao se defender o suporte somático materno, se reconhece o feto como o paciente principal, pois, depois de se proclamar a morte encefálica da mãe, ela deixa de sê-lo, passando a primazia ao feto, e ao reconhecê-lo como paciente o reconhecemos como uma pessoa.

A provisão do suporte somático materno estendido para o benefício do feto pode ser considerado ético, desde que haja uma razoável esperança de sucesso, embora tal esperança seja de quantificação difícil ou impossível. Quando o feto se aproxima da viabilidade, o processo não difere do suporte somático fornecido para fins de doação de órgãos após morte encefálica (FERRAGHER; LAFFEY, 2005). Neste cenário, a questão de saber se a gravidez era



Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará

“desejada” deve ser levada em consideração. No contexto do respeito à autonomia materna, é particularmente importante a existência de qualquer manifestação de sua opinião pretérita (por exemplo, diretiva antecipada de vontade, testamento vital, discussão com a família). Sem diretivas antecipadas ou outras informações sobre a vontade materna, não há razão para acreditar que ela se oporia à continuação da vida fetal tendo o seu corpo como suporte. Ao não se conhecer a vontade materna, o consentimento do parente mais próximo será relevante (de preferência, o responsável legal) para prosseguir com o suporte somático materno.

As dificuldades aumentam em relação ao provimento do suporte somático materno quando a gravidez está em seus estágios iniciais, pois as tentativas de atingir a maturidade fetal têm pouca probabilidade de sucesso. Além disso, as medidas necessárias para fornecer o suporte somático são muito mais extensas e prolongadas do que o necessário no cenário de doação de órgãos. A ausência de uma estratégia de eficácia comprovada para manter a função somática materna por tempo prolongado significa que este suporte constitui terapia experimental, com implicações importantes. Uma delas é que não há imperativo moral para fornecer uma terapia que é considerada experimental (LOEWY, 1987). Para tornar a questão mais complexa, a vontade da mãe em relação ao feto em tais casos é raramente conhecida, dada a pouca duração da gravidez. A necessidade de consentimento de um responsável legal é de suma importância, mormente ao se levar em consideração que a terapia é experimental e, no caso da gestação precoce, existe pouca esperança de sucesso.

Algumas abordagens possíveis podem ser levantadas no enfrentamento destas questões éticas (FINNERTY et al. 1999). Uma delas vê o sujeito, no caso a mãe, como um paciente em fase terminal, mas com autonomia. Assim, os desejos maternos expressos anteriormente (caso tenha sido possível conhecê-los) devem prevalecer, sendo importante conhecer a existência de quaisquer opiniões maternas previamente expressas. Uma segunda abordagem é ver o sujeito como uma “incubadora cadavérica” sem direitos; neste caso, os direitos do feto devem prevalecer. Uma terceira perspectiva é ver o paciente como doador voluntário de órgãos, na qual a opinião materna expressa previamente sobre doação de órgãos assume importância.

Todos concordamos que a mulher tem o direito de morrer com dignidade. Entretanto, não há qualquer argumento claro a promover o convencimento de que seria mais digno permitir que o processo de decomposição comece imediatamente, em vez de esperar para trazer a criança à existência, ou porque o prolongamento do suporte corpóreo significaria



Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará

a profanação do corpo, em especial no contexto desta finalidade socialmente relevante (CARTOLOVNI; RABEK, 2019).

Ainda do ponto de vista bioético, não devemos desconsiderar preocupações com relação ao conceito de justiça distributiva. Tal conceito diz respeito à nossa obrigação, para com a sociedade, de fazer o melhor uso dos recursos disponíveis para maximizar o benefício geral, na perspectiva da corrente ética utilitarista. Os custos do suporte somático materno, tanto em termos de gastos financeiros diretos quanto ao uso de instalações de cuidados intensivos, em geral escassas, é considerável. Quando o feto já é potencialmente viável, um argumento convincente pode ser utilizado para prolongar o suporte somático, visto que se está trocando o tempo em uma unidade de terapia intensiva para adultos por um tempo que seria necessário para cuidar de um recém-nascido prematuro grave em uma UTI neonatal (FERRAGHER; LAFFEY, 2005). Este argumento é justificável não apenas com base puramente financeira, mas por aumentar a probabilidade de um bom desfecho fetal. No entanto, quanto menor a probabilidade de um resultado fetal bem sucedido, maior a necessidade de considerar as implicações mais amplas de uma decisão de escolher pelo suporte somático materno prolongado.

Os interesses e preocupações de outros membros da família, particularmente os parentes mais próximos, são da maior relevância. O familiar mais próximo, de preferência o responsável legal, deve estar envolvido na tomada de decisão. Para tanto, há a necessidade do devido aconselhamento, bem como do seu mais amplo direito de informação médica e jurídica independentes. Deve ser lembrado que a família recém enlutada arcará com as consequências emocionais (e eventualmente financeiras) do nascimento de uma criança grave, que poderá evoluir com graves repercussões do neurodesenvolvimento e/ou outras deficiências. Assim, é fundamental dar à família informações claras sobre os riscos e benefícios do suporte somático prolongado para atingir a viabilidade fetal.

Os riscos da entrega de uma criança com deficiências graves devem ser especificamente abordados, por ocasião da obtenção do consentimento do parente mais próximo (de preferência, o responsável legal) para fornecer suporte somático materno. Problemas significativos emergem quando as partes interessadas discordam quanto à manutenção do suporte somático. Outras dificuldades devem ser mencionadas: (1) quando o parente mais próximo é um marido que prefere que o feto não nasça; (2) se a mulher não é casada com o pai do feto, então essa pessoa deixa de ser o parente mais próximo (FARRAGHER; LAFFEY, 2005). A importância da obtenção de um consenso para o suporte somático materno,



Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará

no qual a família imediata está envolvida, não pode ser absoluta e terminativa. Em situações em que um acordo não pode ser alcançado, a intervenção do judiciário pode ser necessária.

Do ponto de vista legal, visto que a mãe está legalmente morta, os seus direitos não são mais relevantes. Os direitos legais conferidos ao feto estão intimamente ligados ao direito materno ao aborto terapêutico, geralmente dependem da idade gestacional e variam nos diversos países. Na Europa, um feto no primeiro trimestre de idade gestacional não tem direitos legais em vários países, incluindo Suécia, Alemanha, França, Áustria e Bélgica (LANE et al., 2004). Teria direitos legais muito limitados em países como Dinamarca, Grécia, Holanda, Itália, Noruega e Suíça. A Grã-Bretanha, Portugal, Espanha e Luxemburgo limitaram ainda mais os direitos conferidos ao feto. Por outro lado, na República da Irlanda o feto tem direito à vida desde a concepção. Entretanto, mesmo na República da Irlanda, se a evidência médica disponível sugere que o feto não pode ser mantido, isso pode ser considerado uma terapêutica fútil e não deve ser mantida (SHEIKH; CUSACCK, 2001). Portanto, mesmo em países em que o feto tem direitos consideráveis, parece não ser imperativa a manutenção do suporte somático materno quando há pouca probabilidade de um desfecho fetal bem sucedido.

No Brasil, o Código Civil, em seu art. 2º, afirma que “A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro” (BRASIL, 2002). Observa-se que embora o legislador pátrio tenha adotado a teoria natalista, põe a salvo os direitos do nascituro desde a concepção. O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/90), em seu art. 7º, determina que o Estado é responsável por garantir a proteção do direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes, e também do nascituro (BRASIL, 1990): “A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.”

O direito à vida do feto na legislação pátria, entretanto, não é absoluto. O Código Penal, em artigo 128, estabelece exceções, não criminalizando o aborto:

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico:

Aborto necessário

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.





Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará

O Supremo Tribunal Federal, no julgamento da ADPF-54 em 12/04/2012, decidiu não ser crime a interrupção da gravidez em casos de fetos anencéfalos, embora seja discutível o conceito de vida em tais situações, já que o conceito de morte atualmente aceito é o de morte encefálica.

O Código de Ética Médica estabelece que “Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários ...” (Princípio Fundamental XXII). Estabelece também que “Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal”. Recorrer a tais dispositivos no contexto do suporte somático materno prolongado terá aplicação nos casos em que não se vislumbra a possibilidade de benefícios para o feto.

DA CONCLUSÃO

Uma das questões fulcrais a serem discutidas em casos de morte encefálica materna e o prolongamento somático do suporte materno para beneficiar o feto é o estabelecimento da primazia, ou seja, que interesses devem prevalecer: os da mãe ou os do feto? O direito de a pessoa morrer com dignidade, o direito da autonomia e integridade do corpo são questões a serem consideradas neste contexto. Para alguns, ante o fato da mãe já está morta, tais direitos perdem relevância. Embora haja a necessidade de respeitar um corpo após a morte, não está claro se a interrupção do suporte somático para permitir morte somática imediata e subsequente decomposição é mais respeitosa ou digno do que o apoio contínuo em benefício do feto. Destarte, somos de opinião que os interesses do feto devem prevalecer, desde que haja possibilidade de atingir a viabilidade, ou seja, a sobrevivência ao nascimento.

No processo de tomada de decisão em casos concretos, como o analisado em tela, a avaliação adequada do feto (idade gestacional, ausência de malformações maiores, vitalidade), com foco principalmente sobre as chances de sobrevivência com a continuação do suporte somático materno, deve ser realizada. Verificar junto ao parceiro(a) e/ou representante legal o conhecimento da vontade expressada anteriormente pela mãe referente às situações sobre gravidez com morte cerebral, seja mediante a existência de diretivas antecipadas de vontade (DAV), ou a simples opinião dela. Promover reunião conjunta da equipe



Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará

interdisciplinar composta pelos médicos e demais profissionais de saúde envolvidos na assistência, os membros da Comissão de Ética Médica hospitalar (ou do Comitê de Bioética, se existir), o(a) parceiro(a) e/ou representante legal, para discutir o prognóstico fetal, momento em que serão abordadas todas as incertezas, desejos e fatores emocionais e financeiros.

Ainda no processo de tomada de decisão, como já dito, o foco primário deve ser os interesses do feto, e a precedência do envolvimento nesse processo deve ser dada ao parceiro(a) que compartilha a gênese do nascituro, independente de ele/ela ser ou não o parente mais próximo da mãe do ponto de vista legal. Haverá situações em que o(a) parceiro(a) e/ou familiares mais próximos (em especial, o responsável legal) podem não representar os melhores interesses do feto. Caso não haja consenso entre a equipe assistencial e o(a) parceiro(a)/familiar envolvido na tomada de decisão, existe a possibilidade de o Poder Judiciário ser acionado para dirimir a questão. Entretanto, deve-se buscar dirimi-la dentro do ambiente assistencial, sem ter que recorrer à Justiça, só o fazendo na impossibilidade do consenso acima especificado, ou quando se percebe que a decisão não é do interesse do feto e é contrária à boa prática obstétrica.

Não olvidar o aconselhamento adequado e apoio psicológico ao parceiro(a) que compartilha a gênese do nascituro e familiares mais próximos, desde o início do processo de tomada de decisão até o fim do suporte somático materno, independente do resultado positivo ou negativo do referido suporte.

Com relação ao princípio da justiça distributiva, os custos não devem ser subestimados no processo decisório. Entretanto, eles não devem ser a principal preocupação e foco, ou seja, não devem prevalecer sobre os interesses do nascituro.

Este é o parecer, S. M. J.

Fortaleza – CE, 12 junho de 2023.

HELVÉCIO NEVES FEITOSA
Conselheiro Relator



Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará

REFERÊNCIAS

- Bernstein IM, Watson M, Simmons GM, Catalano PM, Davis G, Collins R (1989) Maternal brain death and prolonged fetal survival. **Obstet Gynecol** 74:434–437
- BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm Acesso em 08/06/2023.
- BRASIL (2002). **Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002** (institui o Código Civil). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm Acesso em 08/06/2023.
- Čartolovni A, Habek D (2019). Guidelines for the management of the social and ethical challenges in brain death during pregnancy. **Int J Gynecol Obstet**. 146:149-56
- Dillon W, Lee R, Tronolone M, Buckwald S, Foote R (1982). Life support and maternal brain death during pregnancy. **JAMA** 248(9):1089–91.
- Erlinger LR (2017) Guidelines for supporting a pregnant patient with brain death: A case discussion and literature review. **J Nurs Educ Pract**.7:86
- Esmailzadeh M, Dictus C, Kayvanpour E, Sedaghat-Hamedani F, Eichbaum M, Hofer S, Engelmann G, Fonouni H, Golriz M, Schmidt J, Unterberg A, Mehrabi A, Ahmadi R. One life ends, another begins: Management of a brain-dead pregnant mother-A systematic review-. **BMC Med**. 2010 Nov 18;8:74. doi: 10.1186/1741-7015-8-74. PMID: 21087498; PMCID: PMC3002294.
- Feldman DM, Borgida AF, Rodis JF, Campbell WA (2000) Irreversible maternal brain injury during pregnancy: a case report and review of the literature. **Obstet Gynecol Surv** 55:708–714
- Ferragher RA, Laffey JG (2005). Maternal brain death and somatic support. **Neurocritical Care** 3:99-106
- Field DR, Gates EA, Creasy RK, Jonsen AR, Laros RK Jr (1988) Maternal brain death during pregnancy. Medical and ethical issues. **JAMA** 260:816–822
- Finnerty JJ, Chisholm CA, Chapple H, Login IS, Pinkerton JV (1999) Cerebral arteriovenous malformation in pregnancy: presentation and neurologic, obstetric, and ethical significance. **Am J Obstet Gynecol** 181:296–303
- Gal R, Zimova I, Antoni H, Minarcikova P, Ventruba P, Hruban L, Hrdy O. Delivery of a Healthy Baby from a Brain-Dead Woman After 117 Days of Somatic Support: A Case Report. **Am J Case Rep**. 2021 May 18;22:e930926. doi: 10.12659/AJCR.930926. PMID: 34001845; PMCID: PMC8141338.



Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará

Lane A, Westbrook A, Grady D et al. (2004). Maternal brain death: medical, ethical and legal issues. **Intensive Care Med** 30:1484–1486

Loewy EH (1987) The pregnant brain dead and the fetus: must we always try to wrest life from death? **Am J Obstet Gynecol** 157:1097–1101.

Powner DJ, Bernstein IM (2003) Extended somatic support for pregnant women after brain death. **Crit Care Med** 31:1241–1249

Sheikh AA, Cusack DA (2001) Maternal brain death, pregnancy and the foetus: The medicolegal implications. **Medico-Legal J Ir** 7:75–85

Thompson A, Tappin Coelho J. (2017) Brain dead pregnant woman was kept alive for 123 days. **Daily Mail Online**. Daily Mail. Published 2017. Disponível em: <https://www.dailymail.co.uk/health/article-4684782/Brain-dead-pregnant-woman-21-kept-alive-123-days.html> Acesso em 08/06/2023.

* Parecer aprovado em Sessão Plenária virtual, ocorrida em 12/06/2023.