Globethics Repository



Entendimento do consentimento livremente esclarecido na reprodução assistida [Understanding about free consent in assisted reproduction techniques]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Albertoni Bazzaco, Amanda;Olivieri Valelongo, Pamela;Dieb Miziara, Ivan
Publisher	Conselho Federal de Medicina
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-11 09:58:51
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/216053

Entendimento do consentimento livremente esclarecido na reprodução assistida

Amanda Albertoni Bazzaco [1], Pamela Olivieri Valelongo [2], Ivan Dieb Miziara [3], Caio Parente Barbosa [4]

Resumo

O uso da fertilização *in vitro* (FIV) aumentou cerca de 5% a 10% ao ano na última década. A FIV gera conflito entre beneficência (sucesso do tratamento e gestação) e não maleficência (evitar gestações múltiplas e complicações materno-fetais). Este estudo objetivou avaliar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) utilizado para a realização da FIV e sua compreensão pelas pacientes, incluindo a possibilidade de descarte de embriões. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 95 mulheres que se submeteriam à FIV, após assinatura do TCLE da instituição e do estudo. Cerca de 85% conhecem os riscos materno-fetais de uma gestação múltipla e 47,9% conhecem a nova resolução do Conselho Federal de Medicina que permite o descarte de embriões. Verificou-se que a transmissão de informações acerca da FIV ainda é falha e que, além de não abordar todos os aspectos necessários, o TCLE parece substituir a adequada discussão com o profissional de saúde.
Palavras-chaves: Bioética. Reprodução assistida. Termo de consentimento.

Resumen

Comprensión del consentimiento informado en la reproducción asistida

El uso de la Fecundación in Vitro FIV) se incrementó en alrededor de 5-10% al año en la última década. La FIV crea un conflicto entre la beneficencia (el éxito del tratamiento y el embarazo) y no maleficencia (evitar los embarazos múltiples y complicaciones maternas y fetales). El objetivo del estudio fue evaluar la Declaración de Consentimiento Libre e Informado (DCLI) que se utiliza para la realización de la FIV y su comprensión por las pacientes, incluyendo la posibilidad de desechar los embriones. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con 95 mujeres que se someterían a FIV tras firmar la DCLI de la institución y del estudio. Cerca del 85% conocen los riesgos maternos y fetales de la gestación múltiple, y el 47,9 % conocen la nueva Resolución del Consejo Federal de Medicina que permite el descarte de embriones. Se verificó que la transmisión de informaciones sobre la FIV todavía tiene fallas, y que además de no abordar todos los aspectos necesarios, la DCLI parece sustituir la adecuada discusión con el profesional de salud.
Palabras-clave: Bioética. La reproducción asistida. Consentimiento.

Abstract

Understanding about free consent in assisted reproduction techniques

The use of in vitro fertilization (IVF) increased by about 5-10 % per year in the last decade. IVF creates a conflict between beneficence (successful treatment and pregnancy) and nonmaleficence (avoid multiple pregnancies and maternal and fetal complications). The aim of the study was to evaluate the Free and Informed Consent Form (ICF) used for performing IVF and its comprehension by the patient, including the possibility of discarding embryos. Semi-structured interviews were conducted with 95 women who would then undergo IVF, after signing the Informed Consent Form of the institution and of the study. About 85 % know the maternal and fetal risks of multiple gestation, and 47.9 % were aware of new CFM Resolution that allows discarding embryos. It was verified that the information provision regarding IVF is not accurate. The term does not cover all necessary aspects and seems to replace an adequate debate with health professionals.
Key words: Bioethics. Assisted reproduction. Consent.

Aprovação CEP FMABC 092/2011

1. Graduanda amanda.bazzaco@gmail.com **2. Graduanda** pamela.o.valelongo@gmail.com **3. Livre-docente** miz@uol.com.br **4. Livre-docente** caiopb@uol.com.br – Faculdade de Medicina do ABC, Santo André/SP, Brasil.

Correspondência
Amanda Albertoni Bazzaco – Alameda São Caetano, 1.578, aptº 152 Campestre CEP 09070-210. Santo André/SP, Brasil.

Declaram não haver conflito de interesse.

Infertilidade é a ausência de gravidez após, no mínimo, um ano de relações sexuais regulares e sem a utilização de métodos contraceptivos. Acima desse tempo, a avaliação da fertilidade é justificada após seis meses de tentativas infrutíferas, ou previamente, se clinicamente indicada [1]. O casal infértil deve ser submetido à investigação antes do diagnóstico definitivo [2].

A partir de 1978, com o nascimento de Louise Brown, produto de uma experiência bem-sucedida de fertilização *in vitro* (FIV), novas tecnologias para a reprodução assistida (RA) foram desenvolvidas. Na última década, seu uso aumentou cerca de 5% a 10% ao ano – nos Estados Unidos da América (EUA) foi responsável por 1% dos nascimentos em 2012 [3].

O programa de FIV é realizado em quatro etapas: estimulação ovariana controlada para desenvolvimento dos folículos ovarianos; coleta dos oócitos; fecundação do óvulo e crescimento do embrião; e transferência do embrião para o útero [2]. Na FIV, a transferência dos embriões é o que gera mais polêmica: a fertilização *in vitro* aumenta em 25% a incidência de gestações múltiplas, o que pode implicar em complicações materno-fetais [4].

Buscando minimizar a possibilidade de surgirem tais complicações, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou regulamentação limitando o número de embriões a serem transferidos – por meio da Resolução CFM 1.957/10, recentemente substituída pela Resolução CFM 2.013/13 [5,6]. Com essa providência as taxas de gestação múltipla são reduzidas, mas, em contrapartida, é também reduzida a possibilidade de obter sucesso no tratamento. Assim, no confronto entre essas duas posições há nítido conflito entre o princípio da beneficência (fazer o bem) e o da não maleficência (prevenir o dano) [7]. Ressalte-se que as citadas resoluções têm força de lei, haja vista que no Brasil não existe legislação específica a respeito da fertilização medicamente assistida, sendo, portanto, a única normativa que estabelece limites para sua realização.

Com base no princípio bioético da *beneficência*, o médico, no caso da FIV, deve buscar o sucesso da gravidez e reduzir a chance de gravidez múltipla, vez que esta pode ocasionar prejuízos maternos tais como anemia, toxemia, hipertensão, sobrecarga renal, trabalho de parto árduo, e produzir aspectos psicolológicos desfavoráveis frente a um natimorto [7]. Além desses, a gravidez múltipla influi na maior incidência de partos cesáreos. Os prejuízos fetais são decorrentes da prematuridade, das má-formações neurológicas e gastrointestinais e da grande prevalência de baixo peso ao nascer, incidindo ainda no aumento da morbidade dos fetos a termo [8]. Desse modo, a gravidez múltipla é tida como uma complicação ou disfunção das técnicas de RA.

O aumento relativo da incidência de gravidez múltipla na RA e os seus efeitos negativos sobre a saúde das crianças, bem como a saúde física, emocional, social e econômica das mães e de suas famílias, favoreceram o movimento pela transferência de um único embrião no tratamento de FIV [9]. Buscando um consenso, as citadas resoluções do CFM limitaram a transferência de embriões de acordo com a faixa etária da paciente: até 35 anos – máximo de dois embriões; entre 36 e 39 anos – máximo de três embriões; acima de 40 anos – máximo de quatro embriões, priorizando, assim, a não maleficência ante as técnicas de RA [5,6].

Percebe-se, então, a tentativa de superar ou, ao menos, minimizar o dilema ético que envolve profissional e paciente, vez que quanto maior o número de embriões implantados, maior a probabilidade de gravidez. Em contrapartida, quanto menor o número de embriões, menor o risco de gravidez múltipla. A beneficência é também aplicada ao feto, haja vista que o médico deve garantir boas condições de saúde ao futuro concepto [10]. A exemplo desse dilema, outros aspectos éticos relacionados ao embrião devem ser considerados antes do início do tratamento, pois sua criação por métodos artificiais traz à tona novas perspectivas metafísicas e ontológicas [11].

Como resultado inevitável da FIV, problemas técnicos e éticos surgem do manuseio de embriões que não serão utilizados. É comum a criopreservação destes para futura utilização. Assim, anualmente milhares de embriões são congelados por clínicas de fertilização. Congelar um embrião excedente de uma mulher lhe dá a possibilidade de utilizá-lo em novos ciclos de FIV, evitando toda a fase inicial do processo – a qual é emocionalmente desgastante e de alto custo para a paciente. Para aqueles que defendem que os embriões têm o irrevogável direito à vida, algumas possibilidades, como o seu simples descarte ou sua doação para pesquisa, são moralmente impensáveis. Porém, mesmo dentre aqueles que não acreditam que embriões sejam pessoas titulares de plenos direitos, há a ideia de que a vida embrionária deva ser tratada com algum valor moral [12].

Um efetivo fator para alcançar um desfecho favorável frente a essas novas perspectivas éticas diz respeito ao consentimento informado que a paciente deve assinar antes de se submeter à FIV, o qual, se adequadamente elaborado, explicado e discutido com as pacientes pode ser extremamente útil e

eficaz para reduzir ou eliminar os problemas éticos envolvidos na reprodução assistida [13].

Desse modo, este estudo tem como objetivos avaliar as informações contidas no termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelas pacientes de um serviço de reprodução humana que seriam submetidas à FIV e avaliar o que entenderam do referido documento.

Material e método

Foi realizado um estudo prospectivo e descritivo no serviço de reprodução humana da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), em Santo André/SP, no período de 1º de outubro de 2011 a 1º de maio de 2012. Foram incluídas no estudo cem mulheres que estavam na fila de espera e seriam submetidas à fertilização *in vitro* à medida que se apresentassem ao serviço. No entanto, cinco delas não preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) proposto pelo serviço de reprodução humana da FMABC, sendo excluídas do estudo.

Utilizou-se o método de entrevistas semiestruturadas, conforme Sugarman e Sulmasy, com entrevistas pessoais, por meio do questionário constante no anexo. A análise dos resultados foi feita segundo esses autores, após redução dos dados (como sugerido por Miles e Huberman) e síntese dos mesmos em um todo coerente.

As pacientes responderam a um questionário misto, após assinatura do TCLE referente à pesquisa, garantida a confidencialidade dos dados obtidos. O questionário foi composto por vinte perguntas fechadas, binárias ou alternativas, e seis abertas. Os questionários foram aplicados pelos dois primeiros autores deste estudo, a partir de bolsa de iniciação científica financiada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, logo após a assinatura do TCLE da instituição.

As respostas foram analisadas quantitativamente pelo programa estatístico Stata 11.0 e descritas em tabelas de frequência simples, visando indicar o entendimento ou o não entendimento do TCLE por parte das mulheres submetidas à técnica de reprodução assistida segundo determinadas variáveis indicadoras, as quais foram analisadas por meio de suas frequências absolutas e relativas. As perguntas abertas foram interpretadas a partir da análise de discurso pelo método de ordenação, classificação e análise final proposto por Minayo [14]. As perguntas abertas não foram discutidas neste artigo. Todas as participantes ainda não haviam sido submetidas à fertilização *in vitro* à época da realização do estudo.

O TCLE objeto do presente estudo foi aquele rotineiramente apresentado às pacientes que procuram o Centro de Reprodução Humana da FMABC a fim de serem submetidas à reprodução assistida. O documento se apresenta como espécie de contrato no qual a paciente declara que cumprirá com suas obrigações financeiras, e também descreve todas as etapas do tratamento, incluindo as observações da nova resolução do CFM e as expectativas de sucesso de acordo com a idade da paciente. No tópico referente à fertilização, informa que os embriões excedentes serão criopreservados, com o intuito de permitir novo ciclo se necessário, ou destinados à doação, sem qualquer discussão quanto ao impacto dessa determinação nas crenças da paciente. Ao longo do documento, esta ou quaisquer outras questões éticas referentes ao tratamento não são trazidas à tona.

Resultados

Como critério demográfico das pacientes incluídas no estudo, encontrou-se que a maioria (70%) reside nas cidades de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul; 63% delas possui salário familiar inferior a R$ 6.000; 80% são católicas; 60% declaram-se brancas ou pardas e 92% estão na faixa etária de 30 a 45 anos

Quanto à informação de riscos à saúde, 85,5% das pacientes afirmam ter sido informadas quanto aos riscos diante da possibilidade de gestação múltipla e 84,2% alegam que os riscos ao bebê foram bem elucidados. Esses riscos foram aceitos por 93,1% delas (Tabela 1). Entretanto, em relação às questões financeiras envolvidas na gestação múltipla, apenas 31,5% declararam que o assunto foi abordado com algum profissional antes do início do tratamento, ainda que 97,8% delas garantam que os recursos da família são suficientes para arcar com as consequências do tratamento. Para 94,7% a gestação múltipla

não impediria a tentativa de ser mãe. Além disso, 87,3% têm o desejo de engravidar de gêmeos, trigêmeos ou quadrigêmeos (Tabela 2).

Ainda que 47,3% afirmem conhecer a Resolução CFM 1.957/10, em vigor no momento em que o estudo foi realizado, que define a quantidade máxima de embriões a serem transplantados por faixa etária, 93,6% das participantes crê que a vida tem início na fecundação (Tabela 1). A contraposição dessas informações dá margem a que se pressuponha que as participantes vivenciam, de alguma maneira, o impasse apresentado ao início, que envolve crenças e decisões morais acerca do destino dos embriões.

A análise das respostas também mostrou que 44,1% das pacientes acreditam que as chances de engravidar por meio da FIV são maiores que 51%, sendo que 17 (19,7%) consideram que suas possibilidades sejam de 100% (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das mulheres submetidas à FIV segundo o grau de entendimento quanto aos riscos e às questões éticas relacionadas ao embrião

Variáveis indicadoras do entendimento	N (%)
Foi informada sobre riscos de gravidez múltipla em relação ao bebê	
Sim	80 (84,2)
Não	15 (15,7)
Foi informada sobre riscos de gravidez múltipla em relação à criança	
Sim	70 (81,3)
Não	16 (18,6)
Foi informada sobre riscos de gravidez múltipla em relação à mãe	
Sim	77 (85,5)
Não	13 (14,4)
Foi informada sobre as consequências sociais e familiares de uma gravidez múltipla	
Sim	60 (75,9)
Não	19 (24,0)
Entendeu os riscos de uma gravidez múltipla	
Sim	81 (89,0)
Não	10 (10,9)
Concordou com os riscos de uma gravidez múltipla	
Sim	81 (93,1)
Não	6 (6,9)
Optaria pela redução embrionária	
Sim	21 (22,3)
Não	73 (77,6)
Considera ser o início da vida	
Fecundação	89 (93,6)
Quarto mês de gestação	0 (00,0)
Surgimento do sistema nervoso	4 (4,0)
Ao nascimento	2 (2,1)
Tem conhecimento sobre a nova resolução do Conselho Federal de Medicina	
Sim	45 (47,3)
Não	50 (52,6)
Acredita serem as chances de engravidar	
0% - 25%	17 (19,7)
26% - 50%	31 (36,0)
51% - 75%	16 (18,6)
76% - 95%	05 (05,8)
96% - 100%	17 (19,7)

Tabela 2. Distribuição das mulheres submetidas à FIV segundo o grau de entendimento quanto às questões financeiras envolvidas em uma gestação múltipla

Variáveis indicadoras do entendimento	N (%)
Gostaria de engravidar de gêmeos, trigêmeos ou quadrigêmeos Sim Não	 83 (87,3) 12 (12,6)
Teria recursos financeiros para sustentar filhos de uma gestação múltipla Sim Não	 93 (97,8) 2 (2,1)
Algum profissional discutiu sobre as questões financeiras de uma gestação múltipla Sim Não	 30 (31,5) 65 (68,4)
Impediria de tentar ser mãe ou de correr risco de gestação múltipla Sim Não	 5 (5,2) 90 (94,7)

Discussão

O princípio da autonomia insere-se no contexto de uma ética de respeito à pessoa baseada no dever, o que difere de outras formas de abordagens éticas focalizadas na produção de boas consequências e na prevenção de más consequências. Enquanto a ética consequencialista determina o que é moralmente correto examinando as consequências das ações, a ética de respeito às pessoas considera determinadas ações como corretas simplesmente por ser o dever de cada um, independentemente das suas consequências. De acordo com essa visão, ações são certas ou erradas não pelas consequências que produzem, mas por seu conteúdo inerente. Algumas pessoas também a denominam de ética deontológica, baseada no dever de cada um, e consideram que o ser humano é respeitado quando certos deveres são observados para com ele [12].

O respeito à autonomia exige mais que obrigações de não interferência nas decisões das pessoas, pois inclui obrigações para sustentar as capacidades dos outros para escolher autonomamente, diminuindo os temores e outras condições que arruínem sua capacidade de livre decisão. Nessa concepção, o respeito pela autonomia implica tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomamente, enquanto o desrespeito envolve atitudes e ações que ignoram, insultam ou degradam suas capacidades de autonomia. Assim, respeitar a pessoa humana passa necessariamente por respeitar sua autonomia, e o fundamento para a utilização do consentimento informado em práticas clínicas e em pesquisas deriva justamente desse princípio [7,15].

O TCLE tem por finalidade garantir a autonomia da paciente quanto à escolha acerca do procedimento ao qual será submetida, no caso a FIV. Para tanto, o documento deve ser de fácil entendimento, acessível à compreensão do leitor. Além disso, os princípios da revogabilidade e da temporalidade devem ser explicitados no documento e respeitados na prática [16,10]. Dentre os benefícios do processo de consentimento é possível ressaltar a criação de expectativas razoáveis na paciente e a redução do descontentamento perante insucessos e complicações, além de, evidentemente, possibilitar que sua escolha seja consciente e autônoma [17,18].

Nesta pesquisa, a questão ética primordial referiu-se ao entendimento e à concordância das mulheres entrevistadas quanto à possibilidade de gestação múltipla e suas consequências, ao destino dos embriões excedentes em atendimento à resolução do CFM e ao sucesso do procedimento [19]. No entanto, observou-se que no TCLE utilizado no Centro de Reprodução Humana da FMABC pouco se diz sobre as opções de tratamento e as intercorrências, embora o procedimento de FIV esteja bem elucidado. Apesar de os riscos inerentes ao procedimento não estarem discriminados, é importante salientar que as pacientes responderam que foram bem elucidadas, incluindo aqueles referentes às gestações múltiplas, o que pode demonstrar alguns pontos: o primeiro é que a informação pode ter sido recebida por intermédio de comunicação oral; o segundo é que, apesar de não terem sido informadas adequadamente, por algum outro motivo a paciente julgou suficiente o seu conhecimento a respeito do tema abordado. O terceiro, talvez, é que o desejo de engravidar seja tão premente que haja entre as pacientes uma falta de interesse mais profundo acerca dos riscos de se submeterem a tal procedimento ou que eventualmente não considerem "riscos", por exemplo, a possibilidade de gravidez gemelar.

Este estudo mostrou, de forma direta, como isso pode acontecer. No que concerne à ocorrência de gemelaridade, 87,3% das entrevistadas desejam engravidar de gêmeos, trigêmeos ou quadrigêmeos, ainda que cerca de 85% delas afirmem entender os riscos que a gestação múltipla pode ocasionar a sua saúde e a de seu(s) filho(s). Isto indica que o desejo de maternidade é tão intenso que a emoção pode sobrepor-se à razão e mesmo à preservação do próprio corpo.

Uma opção, legalmente imprópria, mas trazida à discussão pelo questionário, é a da redução embrionária. Para 77,6% das pacientes a redução embrionária não é cogitada como opção para minimizar os riscos da gestação múltipla e para 93,8% delas a vida tem início com a fecundação. Essas posições estabelecem, portanto, um impasse para as entrevistadas. Se a fecundação acontece *in vitro* e nem todos os embriões poderão ser implantados, em cumprimento à Resolução CFM 2.013/13 e em respeito a não maleficência a pergunta subjacente é: estar-se-á cometendo um atentado contra os excedentes embrionários, que serão descartados ou criopreservados?

Apesar de ser uma inferência, o que se pode depreender das respostas das entrevistadas é que o próprio ato geracional pela FIV poderia incorrer em um atentado à vida daqueles embriões ("filhos") não destinados à implantação uterina, haja vista que a maioria acredita que a vida tem início com a fecundação [9]. Em outras palavras: a maioria das entrevistadas entende que a vida se inicia com a fecundação e que a FIV gera fetos viáveis. Desse modo, qualquer outro destino dado a esses embriões que não a implantação no útero materno poderia ser considerado uma forma de abortamento, o que, para a maioria delas (77,6%) contrária à redução embrionária, poderia ser considerado moralmente inadmissível. Mas as pacientes motivadas pela emoção e não convidadas à reflexão parecem não perceber o paradoxo gerado, assim, não questionam sobre o destino dos embriões formados pela FIV.

Adicionalmente, 52,6% das pacientes desconhecem a resolução do CFM [6], ou seja, não foram informadas ou não buscaram informações sobre a única normativa nacional que estabelece limites para o procedimento ao qual serão submetidas, o que mais uma vez indica que a emoção e a expectativa podem estar sobrepondo-se à decisão racionalmente bem fundamentada, e que atitudes e valores morais podem encontrar-se em situação conflitante.

Essa contradição identificada nas respostas aponta para a necessidade de o profissional discutir com a paciente a respeito do estatuto do embrião. O surgimento pela FIV de uma entidade extra útero, capaz de sobreviver por anos se criopreservada [11,19], pode colocar em xeque alguns princípios das pacientes – que devem ser discutidos, no sentido de auxiliá-las a tomar sua decisão. Além de oferecer o conforto de uma decisão consciente e refletida, portanto autônoma, esse processo de discussão é fundamental porque a maneira como as pacientes encaram o possível descarte dos embriões excedentes ou seu congelamento pode interferir na conduta a ser adotada, limitando ou não o número de óvulos que serão fecundados. Não discutir esses aspectos pode trazer consequências psicológicas e dúvidas ao casal no decorrer do tratamento, quando decisões impulsivas que nortearam as condutas adotadas não podem mais ser desfeitas.

Estatisticamente, a criopreservação gera taxas acumulativas de gestação, cerca de 31,4% após o quarto ciclo [20]. Assim, a paciente deve ser convidada a refletir sobre a possibilidade de permanência do embrião extra útero e sobre o modo como isso afeta seus valores morais e crenças religiosas, principalmente aqueles relacionados ao início da vida. Esta é uma forma de preservar a autonomia da paciente, assegurada, também de forma normativa, pelo artigo 24 do Capítulo V do Código de Ética Médica (CEM), que cita: *É vedado ao médico deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo* [21]. Assim, no tratamento de FIV, garantir a beneficência – para a própria mulher – pode conflitar com o cumprimento irrestrito de sua autonomia, que pelo desejo de ser mãe, em situação de extrema vulnerabilidade emocional, concordaria com a fecundação de inúmeros oócitos.

O CEM ainda assegura no parágrago 1º do artigo 15 do Capítulo III que *no caso de procriação medicamente assistida, a fertilização não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões supranumerários*, e no seu 2º parágrafo*: o médico não deve realizar a procriação medicamente assistida com nenhum dos seguintes objetivos: I- criar seres humanos geneticamente modificados; II- criar embriões para investigação; III- criar embriões com finalidades de escolha de sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras* [21]. Há, portanto, grande preocupação do CFM em normatizar esses procedimentos para garantir os princípios bioéticos e o cumprimento da ética médica, porém, sem a conscientização dos médicos acerca de conflitos que porventura possam surgir no processo de FIV, sem uma

adequada relação médico-paciente e, também, um instrumento para garantir o pleno exercício de sua autonomia por parte da paciente, essa tentativa de normatização pode não ser efetiva, deixando de beneficiar seu principal alvo – a paciente [21].

Para que os princípios bioéticos sejam observados na relação com as pacientes o TCLE deve cumprir sua função. Nosso estudo evidenciou que a discussão ética não foi aprofundada e impasses, porventura decorrentes da não compreensão do conflito entre valores morais envolvidos no processo de FIV, não foram trazidos à tona antes do início do tratamento, mesmo sendo questões primordiais para atender às expectativas da paciente e do casal.

Assim, a análise das respostas oferecidas também mostrou que 38 pacientes (44,18%) acreditam que as chances de engravidar por meio da FIV são maiores que 51%. Dentre estas, 17 pacientes acreditam que suas chances de gravidez giram em torno de 100% (Tabela 1). Disso se depreende que há lacunas consideráveis na comunicação das informações relativas ao sucesso do tratamento. O tratamento de FIV garante gravidez por ciclo em 20% a 30% das pacientes, de acordo com a faixa etária, o que concorre para percentuais consideravelmente inferiores aos 50% que as pacientes entrevistadas estimavam.

Um ponto extremamente preocupante detectado neste estudo foi a substituição da relação médico-paciente e do TCLE por um "contrato". Esse contrato assemelha-se àqueles utilizados em transações de "compra e venda" de bens materiais. A apresentação e assinatura do "TCLE/contrato" retrata na prática a visão defensiva da medicina, contrariando sua finalidade precípua, que é o efetivo esclarecimento da paciente. A fusão do termo de consentimento, cuja função é assegurar a autonomia da paciente, com um contrato de prestação de serviço, que trata do pagamento, de deveres e direitos, é totalmente inadequada, pois prejudica o entendimento do procedimento e fragiliza a autonomia da paciente. Pior ainda: coloca a paciente em situação de vulnerabilidade emocional sem a opção de escolha. O pagamento deve ser discutido, mas em outro momento e em outro documento, independentemente do TCLE.

Cabe ainda ressaltar que o conflito ético é inerente à FIV e não é passível de resolução unívoca, vez que crenças religiosas e valores morais individuais estão envolvidos em todo o processo. Em tal contexto plural, por vezes confuso, cabe ao profissional dialogar com a paciente, convidá-la a refletir em busca de suas verdades e convicções íntimas. Nesse sentido, é essencial verificar se a paciente compreendeu o que lhe foi explicado, de forma a permitir a interação harmoniosa entre a razão e a emoção [22], quando as decisões forem tomadas.

No estudo realizado foi possível perceber que as pacientes não estão sendo devidamente esclarecidas no processo de consentimento e não têm consciência dos conflitos inerentes ao procedimento. Sua emoção está claramente aflorada e sua consciência está obscurecida devido à falta de esclarecimentos adequados fornecidos pelos profissionais e pela apresentação de TCLE e "contrato" em um mesmo documento, indicando que os profissionais e o serviço não estão devidamente preparados para lidar com todos os conflitos morais envolvidos no tratamento de FIV.

Considerações finais

O estudo aponta que a comunicação de informações indispensáveis à escolha autônoma ainda é falha. Principalmente no tocante ao destino dos embriões excedentes – à luz dos valores morais e religiosos de cada paciente. A partir do exposto, verifica-se que o TCLE não está redigido em linguagem totalmente adequada e tampouco aborda todos os aspectos necessários para a decisão quanto ao melhor tratamento a ser adotado, posto que, quanto ao destino a ser dado aos embriões excedentes, não há discussão escrita ou mesmo oral com a paciente. O médico deve se certificar de que a paciente está, de fato, bem informada e preparada tanto para enfrentar os benefícios e malefícios a que será exposta quanto para justificar moralmente a si mesma a opção adotada.

Em paralelo, a ideia original do TCLE de assegurar a autonomia de escolha àquele que se submete a tratamento ou procedimento não deve ser desvirtuada, de forma que a informação e o esclarecimento sejam priorizados. A discussão com o profissional de saúde, em suma, uma relação médico-paciente verdadeira e humanizada, não pode ser substituída pela simples assinatura de um termo de compromisso contratual. Este documento, por suas características peculiares e importância, deve ser separado de qualquer outro papel que a paciente tenha que assinar – e esta assinatura exige, previamente, ampla discussão sobre todos os aspectos técnicos, éticos e morais envolvidos no procedimento.

O TCLE deve conter, além da identificação do paciente, o nome do procedimento e sua descrição técnica em termos leigos, bem como os possíveis insucessos do tratamento e suas complicações. O des-

tino a ser dado aos embriões excedentes também deve fazer parte de sua elaboração. A possibilidade de alterações na conduta durante o tratamento deve estar devidamente esclarecida. Faz-se também necessária a confirmação da autorização pela paciente e a possibilidade de revogação das premissas assumidas a qualquer tempo, sem qualquer ônus para a paciente, seguido da assinatura de testemunhas. No entanto, é imprescindível que a questão do destino dado aos embriões excedentes deva ser discutida com cada paciente individualmente e, se for o caso, com seu cônjuge, à luz de seus valores morais e crenças religiosas – haja vista que certos aspectos relevantes dessa discussão não são apresentados de maneira satisfatória às pacientes, induzindo-as, pelo desejo de se tornar mães, a tomar decisões que possam contrariar essas crenças e valores.

A fertilização assistida é um procedimento que trouxe grandes benefícios a indivíduos e casais inférteis. Contudo, esse benefício não pode se sobrepor ao esclarecimento de determinadas questões que podem, inclusive, fazer com que a paciente se recuse a ser submetida a tal procedimento – como no caso do descarte de embriões. Somente com amplo esclarecimento do procedimento, de seus aspectos éticos e de suas consequências é que ela poderá exercer de fato sua autonomia nesta questão e decidir o melhor para si.

Agradecimentos

Agradecemos ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo pela bolsa de iniciação científica recebida para a realização do presente estudo.

Referências

1. Committee of American Society for Reproductive Medicine. Age-related fertility decline: a committee opinion. Fertil Steril. 2008;90(3):486-7.
2. Rebar RW. Assisted reproductive techniques. The mark manual. 2008 (acesso 6 maio 2011). Disponível: http://www.merckmanuals.com/professional/sec18/ch256/ch256h.html
3. Brezina PR, Zhao Y. The ethical, legal, and social issues impacted by modern assisted reproductive technologies. Obstet Gynecol Int. 2012;2012:686253.
4. Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Atlas de reprodução assistida. In: Dzik A, Donadio NF, Esteves S, Nagy Z, organizadores. São Paulo: SBRH; 2012.
5. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.957, de 6 de janeiro de 2010. A Resolução CFM nº 1.358/92, após 18 anos de vigência, recebeu modificações relativas à reprodução assistida, o que gerou a presente resolução, que a substitui *in totum*. Diário Oficial da União. 6 jan. 2011;(4):seção I, p. 79.
6. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.013, de 9 de maio de 2013. Diário Oficial da União. 9 maio 2013;(88):seção I, p. 119-20.
7. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002. p. 137-43.
8. Lopes JRC, Donadio N. Infertilidade conjugal: manual de orientação. São Paulo: Febrasco; 1997.
9. Chervenak FA, McCullough LB, Rosenwaks Z. Ethical considerations in newer reproductive technologies. Semin Perinatol. 2003;27(6):427-34.
10. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de orientação: reprodução humana. São Paulo: Febrasgo; 2011. p. 89-94.
11. Ferriani RA. Avaliação do casal infértil: uma análise racional. Rev Assoc Med Bras. 2002;48(2):105.
12. Veatch RM. The basics of bioethics. 3ª ed. Boston: Pearson Higher Education & Professional Group; 2012. p. 62-3.
13. Cloted J. O consentimento informado nos comitês de ética e na prática médica: conceituação, origens e atualidade. Bioética. 1995;3(1):51-9.
14. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.
15. Minossi JG. O consentimento informado: qual o seu real valor na prática médica? Rev. Col. Bras. Cir. 2011;38(3):198-201.
16. Ryan M, Sinha MS. Informed consent. Up to Date. 4 jun. 2012. Disponível: http://www.uptodate.com/contents/informed-consent
17. Carvalho Jr ED. Bioética e consentimento informado: revendo a proteção aos vulneráveis. [tese]. Brasília: UnB; 2005. p. 126.
18. Kalume C, Nunes JC, Samrsla M, Cunha ACR, Garrafa V. A expectativa de mulheres que aguardam tratamento de reprodução assistida no hospital público de referência do Distrito Federal. Pesquisas em bioética no Brasil de hoje. São Paulo: Gaia Editora; 2006. p. 85-100.
19. Salem T. As novas tecnologias reprodutivas: o estatuto do embrião e a noção de pessoa. Mana. 1997;3(1):75-94.
20. Domar AD. Psychological stress and infertility. Up to Date. 15 jan. 2011. Disponível: http://www.uptodate.com/contents/psychological-stress-and-infertility

21. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931. Código de Ética Médica. 2009.
22. Kaliarnta S, Nihlén-Fahlquist J, Roeser S. Emotions and ethical considerations of women undergoing IVF - treatments. HEC Forum. 2011;23(4):281-93.

Participação dos autores
Amanda Bazzaco e Pâmela Valelongo: aplicação do questionário, redação do artigo. Ivan D. Miziara e Caio P. Barbosa: orientação e revisão do artigo.

Recebido: 31.7.2013
Revisado: 18.2.2014
Aprovado: 25.3.2014

Anexo
QUESTIONÁRIO

Avaliação do grau de entendimento do consentimento livre e esclarecido dos casais submetidos a técnicas de reprodução assistida à luz da nova resolução do Conselho Federal de Medicina

1. Você foi informada dos riscos de haver gravidez múltipla (aspectos fetais, pediátricos, maternos e sociofamiliares)?

Riscos para o bebê Sim ( ) Não ( )

Riscos para a criança Sim ( ) Não ( )

Riscos para a mãe Sim ( ) Não ( )

Consequências sociais e familiares

Sim ( ) Não ( )

2. Você entendeu esses riscos?

Sim ( ) Não ( )

3. Você concordou com esses riscos?

Sim ( ) Não ( )

4. Você gostaria, tem o desejo, de engravidar de gêmeos, trigêmeos ou quadrigêmeos?

Sim ( ) Não ( )

5. Seus recursos financeiros ou de sua família conseguiriam manter de forma adequada as necessidades de filhos gêmeos, trigêmeos ou quadrigêmeos ao longo da vida?

Sim ( ) Não ( )

6. Algum profissional discutiu com você sobre as questões financeiras de uma possível gravidez múltipla?

Sim ( ) Não ( )

7. Isso impediria você de tentar ser mãe ou correr o risco de ter uma gravidez múltipla?

Sim ( ) Não ( )

8. Se mais de um embrião for viável e se você pudesse decidir, você optaria pela redução de algum embrião implantado, ou seja, de um embrião que poderia se desenvolver em um bebê?

Sim ( ) Não ( )

Para você, a vida humana começa quando?
Na fecundação ( )

No quarto mês de gestação ( )

No surgimento do sistema nervoso ( )

Ao nascimento ( )

9. Você é a favor do aborto nas situações diferentes das permitidas pela lei (estupro e risco materno)?

Sim ( ) Não ( )

10. Você tem alguma religião ou crença?

Sim ( ) Não ( )

11. Se sim para a pergunta anterior, qual a sua religião?

_____

12. Você conhece a nova resolução do Conselho Federal de Medicina que impede que haja redução de embrião em caso de gravidez múltipla e que limita o número de embriões implantados?

Sim ( ) Não ( )

13. O que você acha dessa resolução?

_____
_____
_____
_____
_____

14. Você sempre desejou ser mãe?

Sim ( ) Não ( )

15. O desejo de ter filhos é seu e de seu companheiro?

Sim ( ) Não ( )

16. O que não poder ter filhos da maneira natural significou para você?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

17. Como você se sente perante outras mulheres que podem engravidar da maneira natural?

_____
_____
_____
_____
_____

18. O que você sente quando vê uma mulher grávida?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Como está a relação entre você e seu companheiro durante o tratamento?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

19. Algo mudou entre vocês desde que começaram a buscar o tratamento de reprodução assistida?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

20. Você acredita que suas chances de engravidar com esse tratamento são de:

0% - 25% ( )

26% - 50% ( )

51% - 75% ( )

76% - 95% ( )

96% - 100% ( )

21. Você considerou a possibilidade de adotar um filho?

Sim ( ) Não ( )

22. Um filho biológico é diferente de um filho adotivo para você?

Sim ( ) Não ( )

23. Se o sucesso na reprodução assistida não for obtido, você adotaria uma criança?

Sim ( ) Não ( )