MINISTÉRIO DA SAÚDE

Atenção às Mulheres com Gestação de Anencéfalos

Norma Técnica

Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 11

1ª edição
1ª reimpressão

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
VENDA PROIBIDA

Brasília – DF
2014

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Atenção às Mulheres com Gestação de Anencéfalos

Norma Técnica

Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 11

1ª edição
1ª reimpressão

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
VENDA PROIBIDA

Brasília – DF
2014

2014 Ministério da Saúde.
Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 1ª reimpressão – 2014 – 375.000 exemplares

Edição, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres
SAF, Trecho 2, Lote 5/6, Ed. Premium
Torre II, Sala 17, Térreo.
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9101
E-mail: saude.mulher@saude.gov.br

Elaboração:
Daniela Pedroso
Jefferson Drezett Ferreira
José Henrique Rodrigues Torres
Leila Adesse
Lidiane Ferreira Gonçalves
Maíra Costa Fernandes
Maria Esther de Albuquerque Vilela
Rute Maria Gonçalves de Andrade
Thomaz Rafael Gollop

Organização:
Lidiane Ferreira Gonçalves

Colaboração:
Avelar de Holanda Barbosa
Cristião Fernando Rosas
Marcos Dias
Maria Eliane Liégio Matão
Maria Helena Bastos

Apoio:
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)

Editora responsável:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: http://editora.saude.gov.br
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Normalização de pré-textuais: Amanda Soares
Revisão: Silene Lopes Gil e Khamila Silva
Capa, projeto gráfico e diagramação: Marcelo S. Rodrigues

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos : norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
52 p. – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos ; Caderno n. 11)

ISBN 978-85-334-2127-1

1. Saúde da Mulher 2. Anencefalia 3. Atenção Humanizada 4. Normas Técnicas I. Título. II. Série.

CDU 612.64

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2014/0481

Títulos para indexação:
Em inglês: Attention to women with pregnancy of anencephalus: technical standard
Em espanhol: Atención a las mujeres con embarazo de anencéfalos: norma técnica

Sumário

Apresentação *5*

Introdução *7*

Marco conceitual de atenção às mulheres com gestação de anencéfalos *8*

Aspectos ético-profissionais e jurídicos *9*

- Aspectos jurídicos *9*
- Código Civil *12*
- Aspectos éticos *13*
- Obrigações institucionais *17*
- Deveres da gestão *17*

Associação entre a anencefalia e as complicações maternas *18*

Princípios e diretrizes para a atenção humanizada *19*

- Acolhimento *19*
- O momento do diagnóstico da anencefalia *21*
- O acompanhamento da gestação *22*
- A internação hospitalar *22*
- Uso de técnicas e medicamentos para interrupção da gestação de anencéfalo ou antecipação terapêutica do parto *24*
- Prevenção da anencefalia *34*

Referências *35*

Anexo A *40*

Anexo B *50*

Apresentação

O Ministério da Saúde, no uso de suas atribuições, em face da decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) sobre a possibilidade lícita da interrupção de gestações de fetos anencéfalos, edita esta NORMA TÉCNICA para garantir os direitos das mulheres e subsidiar a conduta de profissionais e instituições de saúde nesses casos, visando, em especial, à redução da mortalidade materna. Como esse tipo de gravidez aumenta o risco de morbimortalidade, a atenção à saúde da mulher deve ser garantida, prioritariamente, cabendo às instituições promover e assegurar a pronta e a eficaz atuação multiprofissional e, acima de tudo, o respeito à mulher quanto à sua liberdade, dignidade e autonomia para decidir, afastando preconceitos, estereótipos e discriminações de qualquer natureza que possam negar e desumanizar esse atendimento.

No contexto atual, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha, com o objetivo de qualificar a atenção materna e infantil em todo o País e reduzir as taxas, ainda elevadas, de morbimortalidade. A interrupção da gravidez ou a antecipação terapêutica do parto integra esta estratégia.

Esta Norma Técnica aborda a organização do processo de trabalho do serviço de saúde, bem como aspectos do planejamento e questões relacionadas ao acompanhamento da gravidez de anencéfalo e a possibilidade de interrupção da gestação ou de antecipação terapêutica do parto nos serviços hospitalares.

Boa leitura.

Introdução

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu o primado dos direitos e garantias fundamentais e reconheceu a universalidade do direito à saúde e o dever do Estado de garantir e oferecer meios e acesso para o exercício desse direito.

A anencefalia é uma malformação incompatível com a vida. Dados de literatura relatam que entre 75% a 80% dos fetos com anencefalia são natimortos, ou seja, morrem ainda no útero. O restante morre dentro de horas ou poucos dias após o parto. O prolongamento dessa gestação pode afetar o bem-estar físico e mental da mulher e até mesmo colocar a sua vida em risco.

Nos dias 11 e 12 de abril de 2012, o Supremo Tribunal Federal (STF) julgou procedente a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 54, proposta pela Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde, e decidiu, definitivamente, que a mulher com gestação de anencéfalo poderá manter ou interromper a gestação, se assim o desejar, na rede pública ou no serviço privado de saúde. Portanto, não é mais necessária qualquer autorização judicial para a realização do procedimento.

De acordo com essa decisão definitiva do STF, a proibição do aborto prevista no atual Código Penal brasileiro não se aplica ao caso de fetos anencéfalos, em síntese: (i) porque a causa da morte fetal decorre, unicamente, de sua própria malformação incurável, sendo incabível alegar-se violação à vida do feto, não sendo possível, sequer, falar-se em aborto em termos jurídicos; (ii) porque não se pode interpretar a lei penal descriminalizadora de modo restritivo, desconsiderando-se a realidade e o fato de que, em 1940, quando redigido o Código Penal, era impossível prever as anomalias fetais, ao passo que, atualmente, a anencefalia é diagnosticável com 100% de certeza por ultrassonografia; (iii) porque obrigar a mulher a manter a gestação de anencéfalo, contra sua vontade, é submetê-la à tortura psicológica, violando sua saúde física e mental e afrontando seus direitos fundamentais, protegidos pela Constituição Federal, como: dignidade da pessoa humana, saúde, privacidade, liberdade e autonomia da vontade.

Essa decisão do STF tem efeito em todo território nacional: a mulher que desejar interromper a gestação de anencéfalo e o/a(s) médico/a(s) que realizar(em) o procedimento não estarão praticando aborto, portanto, não estarão praticando nenhum crime. E, se as mulheres optarem pela interrupção da gestação ou antecipação terapêutica do parto nesses casos, os hospitais têm o dever de realizar o procedimento, dando toda a assistência à mulher.

Marco conceitual de atenção às mulheres com gestação de anencéfalos

Todas as questões que envolvem a interrupção da gestação ou a antecipação terapêutica do parto nos casos de anencefalia devem ser tratadas exclusivamente no âmbito do direito à assistência à saúde, observando-se, especialmente, o artigo 196 da CF/88, que assim dispõe:

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas socais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Daí a necessidade desta norma, que adota um modelo humanizado de atenção às mulheres com gestação de anencéfalos e que, por isso, não constitui apenas um guia de cuidados, mas, sim, uma diretriz a ser seguida pelo sistema sanitário, com o objetivo de garantir às mulheres o direito de escolher pela manutenção ou interrupção terapêutica da gestação, nesses casos, livremente, a qualquer momento e com segurança.

E, para que esse modelo de assistência humanizada possa ser implantado, é obrigatória a adoção dos seguintes procedimentos essenciais:

(1) Rede integrada com a comunidade e com os prestadores de serviço para possibilitar o diagnóstico de anencefalia, a mobilização de recursos e a garantia de que os serviços reflitam as necessidades das mulheres e satisfaçam as suas expectativas.

(2) Acolhimento das necessidades de saúde física, mental e social das mulheres.

(3) Atenção clínica adequada, tanto nos casos de manutenção da gestação e suas possíveis intercorrências quanto na interrupção da gestação ou na antecipação terapêutica do parto, segundo referenciais éticos, legais e bioéticos.

(4) Oferecimento de serviços de planejamento reprodutivo às mulheres, inclusive com orientações para aquelas que desejam nova gestação; e

(5) Integração com outros serviços de atenção à saúde e de inclusão social para as mulheres.

Enfim, a interrupção da gestação ou a antecipação terapêutica do parto, nos casos de anencefalia, é um direito da mulher e um dever do Estado e de todos os profissionais que atuam no sistema público de saúde, direta ou indiretamente, o que inclui os profissionais que atuam nos serviços contratados ou conveniados que integram o SUS.

Aspectos ético-profissionais e jurídicos

A atenção humanizada às mulheres com gestação de anencéfalos pressupõe abordagem ética, obediência aos princípios constitucionais e cumprimento das leis e das normas de garantia dos Direitos Humanos. A garantia dos direitos da mulher nessa situação exige que sejam observados, em especial, os princípios da igualdade, da liberdade e da dignidade da pessoa humana. Assim, é inadmissível qualquer procedimento discriminatório ou restrição do acesso da mulher à assistência à sua saúde nesses casos. Esse direito da mulher, fundado no marco ético e jurídico dos direitos sexuais e reprodutivos, está garantido pelos sistemas nacional e internacional de proteção dos direitos humanos.

Aspectos jurídicos

Os Tratados e as Convenções Internacionais de Direitos Humanos reconhecem os direitos humanos das mulheres, especialmente no campo da saúde e da autodeterminação sexual e reprodutiva.

Na Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, Viena (1993), ficou consagrado que os direitos das mulheres e meninas são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais, e que a violência de gênero, inclusive a gravidez forçada, é incompatível com a dignidade e o valor da pessoa humana.

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo (1994), e na Conferência Mundial sobre a Mulher, Beijing (1995), ficou afirmado que os direitos reprodutivos são constituídos pelos direitos humanos reconhecidos nos diversos tratados e convenções internacionais e incluem o direito de toda pessoa controlar e decidir sobre questões relativas à sexualidade e à reprodução, sem qualquer tipo de coerção,

discriminação ou violência e, também, o direito a informações e os meios adequados que garantam o mais elevado padrão de saúde sexual e saúde reprodutiva.

As declarações de Cairo e Beijing definem como saúde reprodutiva "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de enfermidade ou doença, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos".

A saúde reprodutiva, pois, inclui o direito das mulheres:

a) de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem risco;
b) de procriar, com liberdade para decidir fazê-lo ou não, quando e com que frequência;
c) à informação e ao acesso a métodos seguros, eficientes e exequíveis de planejamento familiar de sua escolha;
d) ao acesso a serviços de acompanhamento na gravidez e no parto sem riscos, garantindo-lhes melhores possibilidades de terem filhos sãos; e
e) ao acesso a serviços de aborto legal ou não criminoso, de acordo com a sua livre decisão, sem riscos e sem discriminação.

O Brasil é signatário dos documentos dessas conferências e de inúmeros tratados internacionais de direitos humanos, com destaque para a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (ONU, 1979) e para a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (OEA, 1994), os quais garantem expressamente todos esses direitos, que foram incorporados ao nosso ordenamento jurídico nos termos do artigo 5º, §§ 2º e 3º da Constituição Federal/1988.

O ordenamento jurídico brasileiro, portanto, incorporou os direitos humanos internacionais como direitos fundamentais, com seus princípios e normas éticas e jurídicas que, segundo a mencionada decisão do Supremo Tribunal Federal, garantem a interrupção da gestação ou a antecipação terapêutica do parto de fetos anencéfalos como um procedimento de assistência à saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

Assim, como já afirmou o Comitê da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), o acesso à atenção à saúde, e, em especial, à saúde reprodutiva, é um direito básico das mulheres e, por isso, o Estado brasileiro, que tem o dever de garantir a saúde e o bem-estar das mulheres e das adolescentes, tem, também, a obrigação de garantir a elas a realização da interrupção da gestação ou da antecipação terapêutica do parto nos casos de gravidez de feto anencefálico.

E os profissionais que atuam no sistema público de saúde, bem como aqueles que atuam no*s serviços contratados ou conveniados que integram o SUS,* têm a obrigação de dar assistência plena às mulheres e às adolescentes que optam por tal procedimento.

Com relação à interrupção não criminosa da gestação, o sistema internacional de Direitos Humanos afirma o seguinte:

a) "Às mulheres que optam pelo abortamento não criminoso devem ser garantidas todas as condições para a sua prática de forma segura e deve ser proporcionado a essas mulheres um tratamento humano e a devida orientação" (Programa de Ação do Cairo, parágrafo 8.25, Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, Cairo, 1994; Plataforma Mundial de Ação de Pequim, parágrafo 106 k; 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, Pequim, 1995; Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, parágrafo 63, do Capítulo IV.C; Assembleia Geral Extraordinária da ONU, Cairo + 5, Nova York, 1999; e Documento de Resultados de Pequim + 5, parágrafo 107 i; Assembleia Geral Extraordinária da ONU, Pequim + 5 – Mulher 2000: Igualdade de Gênero, Desenvolvimento e Paz para o século 21, Nova York, 2000).
b) "Os sistemas de saúde devem capacitar e equipar as pessoas que prestam serviços de saúde e tomar outras medidas para assegurar que o aborto se realize em condições adequadas e seja acessível. Medidas adicionais devem ser tomadas para salvaguardar a saúde da mulher" (Documento de Resultados de Pequim + 5, parágrafo 63, III, do Capítulo IV; e Assembleia Geral Extraordinária da ONU, Pequim + 5 – Mulher 2000: Igualdade de Gênero, Desenvolvimento e Paz para o século 21, Nova York, 2000); e
c) "Nas circunstâncias em que o abortamento não é proibido por lei, o sistema de saúde deverá treinar e equipar os provedores de saúde e deverá tomar outras medidas que assegurem que tais abortamentos sejam SEGUROS E ACESSÍVEIS. Medidas adicionais deverão ser tomadas para proteger a saúde das mulheres" (ONU, 1999, CIPD + 5).

Logo, nos casos de interrupção da gestação de anencéfalo, o Estado também tem o dever de garantir às mulheres todas as condições para a sua prática de forma segura, deve proporcionar-lhes um tratamento humano e a devida orientação e, ainda, deve capacitar e equipar as pessoas que prestam serviços de saúde e tomar medidas para assegurar que o procedimento seja realizado em condições adequadas e seja acessível, salvaguardando a saúde da mulher.

Código Civil

Consentimento para a interrupção da gestação ou para a antecipação terapêutica do parto

O consentimento da mulher é imprescindível para realizar a interrupção da gestação ou a antecipação terapêutica do parto em casos de anencefalia. O novo Código Civil brasileiro, de 2003, estabelece, em seus artigos 3º, 4º, 5º, 1.631, 1.690, 1.728 e 1.767, que a mulher com 18 anos de idade ou mais é considerada plenamente capaz de consentir sozinha. A partir dos 16 anos e antes dos 18 anos, o consentimento da adolescente deve ser assistido pelos pais ou representante legal, que se manifestam e assinam o consentimento conjuntamente. Antes dos 16 anos, a criança ou a adolescente deve ser representada pelos pais, que se manifestam e assinam o termo de consentimento por ela.

O consentimento do representante legal também se faz necessário em situações em que a mulher, em qualquer idade, não possa expressar sua vontade ou não tenha condições de discernimento, a exemplo das doentes mentais graves.

Estatuto da Criança e do Adolescente: a) considera-se criança a pessoa menor de 12 anos de idade; e adolescente, a partir dos 12 e antes de completar 18 anos; e b) deve prevalecer o princípio do respeito à sua opinião e vontade.

Quando houver conflito de interesses, a vontade da adolescente deve ser respeitada. Caso não queira realizar a interrupção da gestação ou a antecipação terapêutica do parto, em caso de anencefalia, a interrupção não deverá ser praticada, ainda que os seus pais ou representante legal assim o desejem. A vontade da adolescente também deverá ser respeitada quando ela desejar interromper a gravidez de anencéfalo, divergindo da vontade dos pais. Caso os pais ou o representante legal neguem-se a assinar o consentimento, o serviço de saúde deverá encaminhar o caso para o Ministério Público ou Poder Judiciário, se entender a equipe de saúde que a adolescente pode se conduzir pelos próprios meios. Caberá à autoridade judicial decidir sobre a autorização para realizar o procedimento, independente da assinatura dos pais.

CÓDIGO CIVIL, os artigos 3º, 4º, 5º, 1.631, 1.690, 1.728 e 1.767:

a) a partir dos 18 anos: a mulher é capaz de consentir sozinha;

b) a partir dos 16 e antes dos 18 anos: a adolescente deve ser assistida pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam com ela;

c) antes de completar 16 anos: a adolescente ou a criança deve ser representada pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam por ela. A outra circunstância em que é necessário o consentimento de representante legal (curador/a ou tutor/a) da mulher que, por qualquer razão, não tenha condições de discernimento e/ou expressar sua vontade.

Sempre que a mulher ou a adolescente tiver condições de discernir e/ou expressar sua vontade, deverá manifestar o seu consentimento e ter a sua decisão respeitada.

Informação

É dever do(da) médico(a) informar à mulher ou à adolescente sobre suas condições e direitos.

De acordo com o Código de Ética Médica (CEM), é vedado ao médico "efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida" (art. 48).

Também segundo o CEM, constitui violação de dever ético "deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte." (art. 22, Capítulo IV).

Aspectos éticos

Cabe aos profissionais da Saúde, e aos médicos em especial, no âmbito de seus deveres éticos:

a) Respeitar o **direito à autodeterminação** de todos os pacientes, homens ou mulheres, como dispõe a "Declaração da Associação Médica Mundial sobre os Direitos do Paciente", adotada na 34º Assembleia Médica Mundial, em 1981,

em Lisboa (Portugal), e emendada na 47º Assembleia Geral, no ano de 1995, na cidade de Bali (Indonésia).

b) Respeitar o **direito à autonomia** dos pacientes e das pacientes, nos termos do artigo 7º da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), que dispõe que "as ações e serviços públicos de saúde e os serviços contratados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: (...) III – Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral".

c) Atuar sempre **em benefício do paciente**, seja homem ou mulher, respeitando a sua dignidade, a sua autodeterminação e a sua autonomia (CEM Princípios Fundamentais, Capítulo I, itens V, VI e XVII e Capítulo IV, art. 28); e

d) Respeitar o **direito de decidir** dos pacientes e das pacientes sobre a sua pessoa ou seu bem-estar, sendo defeso exercer a sua autoridade para limitar esse direito ou criar qualquer dificuldade para o seu exercício (CEM art. 24, Capítulo IV).

Além disso, os médicos estão sujeitos aos princípios da beneficência (obrigação ética de se maximizar o benefício e minimizar o dano – fazer o bem), da não maleficência (a ação deve sempre causar o menor prejuízo à paciente, reduzindo os efeitos adversos ou indesejáveis de suas ações – não prejudicar) e da justiça (dever de atuar com imparcialidade, evitando que aspectos sociais, culturais, religiosos, morais ou outros interfiram na assistência devida à paciente).

Portanto, também no campo dos deveres éticos, cabe a todos os profissionais do sistema de saúde, e especialmente aos médicos, atuar em benefício das mulheres, respeitando e garantindo a sua autonomia, o seu direito de decidir e o seu direito à plena assistência para obter, com a necessária segurança, a interrupção da gestação ou a antecipação terapêutica do parto nos casos de anencefalia, a qual constitui um procedimento médico lícito, não abortivo e não criminoso, como já decidiu o STF.

Objeção de consciência

De acordo com o artigo 5º, VI da CF/1988, "é inviolável a liberdade de consciência e de crença". Nos termos do artigo 28 do Código de Ética Médica (CEM), o médico tem o direito de "recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência" (art. 28). E o Código de Ética Médica também garante ao médico o exercício de sua profissão com autonomia, "não sendo

obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje" (capítulos I e VII).

Contudo, essa objeção de consciência não será admitida, de acordo com o próprio Código de Ética Médica, em "situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente" (capítulos I e VII).

É por isso que consta da Declaração de Helsinki da Associação Médica Mundial (1964, 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2002) que, sendo o dever do médico promover e velar pela saúde das pessoas, "os conhecimentos e a consciência do médico devem subordinar-se ao cumprimento desse dever".

O Ministério da Saúde, por meio da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (Ministério da Saúde: Brasília/DF, 2011b: p.21), assegura a interrupção não abortiva da gestação de anencéfalo, pelo que consta nos seguintes itens:

> Não cabe alegação de objeção de consciência nos seguintes casos:
>
> a) em caso de necessidade de abortamento por risco de vida para a mulher;
>
> b) em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro médico que o faça e quando houver risco de a mulher sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do médico;
>
> c) no atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência.

Além disso, se, de acordo com o CEM, é vedado ao médico "descumprir legislação específica nos casos de transplante de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento" (art. 43), também não pode o médico deixar de dar assistência às mulheres que exercem o seu direito de optar pela interrupção da gestação de feto anencéfalo, salvo nas hipóteses excepcionais anteriormente mencionadas.

Em caso de omissão, o(a) médico(a) pode ser responsabilizado(a) civil e criminalmente pela morte da mulher ou pelos danos físicos e mentais que ela venha a sofrer, pois podia e devia agir para evitar tais resultados (Código Penal, art. 13, § 2º).

Não cabe objeção de consciência para o pessoal de apoio, administrativo, da enfermagem e da equipe médica que realiza atividades preparatórias ou participa do procedimento

para interrupção da gestação ou para antecipação terapêutica do parto, nos casos de anencefalia, antes ou depois de sua realização, como acolhimento inicial e atendimento na fase de recuperação da paciente.

É vedado:

Art. 20 – Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade. (CEM, art. 20, Capítulo III)

Também não têm direito à escusa de consciência as pessoas jurídicas ou entes púbicos, como, por exemplo, hospitais, instituições, unidades de saúde, universidades, órgãos públicos e serviços de assistência à saúde.

Caso a mulher venha a sofrer prejuízo de ordem moral, física ou psíquica em decorrência da omissão, poderá haver responsabilização pessoal e/ou institucional.

Segredo profissional

> É vedado ao médico revelar segredo profissional referente à paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente (CFM, 2009).

A revelação de segredo profissional constitui crime previsto no artigo 153 do Código Penal.

Caso a mulher venha a sofrer prejuízo de ordem moral, física ou psíquica em decorrência da revelação do segredo profissional, poderá haver responsabilização pessoal e/ou institucional.

Obrigações institucionais

As instituições são obrigadas a oferecer às usuárias do SUS todos os meios necessários para garantir os seus direitos e, especialmente, o direito de interromper a gestação ou realizar a antecipação terapêutica do parto nos casos de anencefalia.

Os gestores, diretores e/ou superintendentes devem ser preparados e capacitados para a implementação desses serviços nos hospitais públicos e *serviços contratados ou conveniados que integram o SUS.*

As instituições são responsáveis, diretamente, ou solidariamente, pelas omissões e/ou ações que impliquem violação aos direitos das pacientes, nesta norma referidos, ainda que essas condutas sejam praticadas individualmente pelos profissionais vinculados a elas.

É vedado na relação entre médicos "usar de sua posição hierárquica para impedir, por motivo de crença religiosa, convicção filosófica, política, interesse econômico ou qualquer outro, que não técnico-científico ou ético, que as instalações e os demais recursos da instituição sob sua direção, sejam utilizados por outros médicos no exercício da profissão, particularmente se forem os únicos existentes no local" (CEM, art. 47, Capítulo VII)

Caso ocorra a violação desses deveres, por ação ou omissão, o médico deve denunciar os atos que contrariem os postulados éticos à comissão de ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina (CEM, art. 57, Capítulo VII).

Deveres da gestão

Cabe aos gestores dos três níveis planejar, estimular, apoiar, monitorar e avaliar a organização da rede de atenção à saúde para o atendimento às mulheres com gestação de anencéfalos. Também devem garantir a infraestrutura necessária, os recursos materiais, os equipamentos e os insumos suficientes ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com suas responsabilidades, a fim de que o diagnóstico seja o mais precoce possível e a interrupção da gestação ou a antecipação terapêutica do parto realizada em tempo oportuno, minimizando assim os danos à saúde da mulher bem como o seu sofrimento psíquico.

Os gestores devem promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e de conhecimentos da atenção às mulheres com gestações de anencéfalos. Devem, ainda, desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais e qualificar as equipes para a gestão e atenção à saúde.

A gestão deve alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados fornecidos aos sistemas nacionais de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos. No caso de anencefalia, a realização desse procedimento é por razões médicas e legais.

A formação e a garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes das unidades de saúde e dos hospitais também são imprescindíveis. Faz-se necessário organizar o fluxo em rede de atendimento às usuárias, visando à garantia das referências a serviços de pré-natal de alto risco ou à interrupção da gestação ou à antecipação terapêutica do parto.

Associação entre a anencefalia e as complicações maternas

A literatura científica demonstra a associação entre anencefalia fetal e maior frequência de complicações maternas, como hipertensão arterial, gravidez prolongada, apresentação pélvica ou de face, distocia bisacromial, rotura prematura de membranas, retenção placentária, atonia uterina e aumento do volume de líquido amniótico (poli-hidrâmnio), trazendo danos físicos à saúde da mulher.

O poli-hidrâmnio é a condição obstétrica mais frequentemente observada nas gestações de fetos anencéfalos, ocorrendo em 30% a 50% dos casos, o que representa probabilidade mais que 100 vezes superior à observada na população em geral.

A ocorrência de poli-hidrâmnio eleva o risco de complicações na gestação, favorecendo o surgimento de alterações respiratórias, hemorragias vultuosas por descolamento prematuro da placenta, hemorragias no pós-parto por atonia uterina e embolia de líquido amniótico (grave alteração que cursa com insuficiência respiratória aguda e alteração na coagulação sanguínea). Portanto, a manutenção da gestação eleva o risco de morbimortalidade materna.

O sofrimento psíquico causado pela gestação de anencéfalo pode promover quadro de transtorno de estresse pós-traumático, um transtorno mental de longa duração cujos sintomas podem persistir por toda a vida.

Em 2008, o Comitê Especial para Discussão dos Aspectos Éticos Relativos à Reprodução Humana e à Saúde da Mulher, instituído pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo), concluiu que "o parto de um feto portador de severas malformações pode acarretar prejuízos físicos e mentais à mulher e à família".

O referido comitê considerou como antiético negar ao casal progenitor a possibilidade de evitar essa situação, e recomendou que, nos países onde essa prática é legalmente aceitável, deve ser oferecida a antecipação terapêutica do parto sempre que uma malformação congênita incompatível com a vida seja identificada durante a avaliação pré-natal.

Princípios e diretrizes para a atenção humanizada

Acolhimento

O acolhimento é o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de mulheres e homens, assim como o acesso e a resolubilidade de assistência. O acolhimento pode e deve ser praticado por qualquer profissional de saúde, baseado na condição de solidariedade humana existente em cada pessoa.

O risco de malformação congênita pode desencadear uma ampla gama de medos e fantasias para a mulher e sua parceria. A concretização do diagnóstico de anencefalia emerge uma série de reações inesperadas, havendo necessidade de cuidadoso acolhimento frente à situação.

A capacidade de escuta pressupõe imparcialidade em relação à decisão que será tomada, bem como a capacidade por parte do profissional de saúde para suportar a dor daqueles que se encontram em situação difícil.

No ato de acolher, deve ser realizado o repasse de informações técnicas à mulher e/ou à família, para que a tomada de decisão seja realizada de modo consciente e eficaz, não restando dúvidas até a decisão final.

O diagnóstico de anencefalia é possível a partir de 12 semanas de gestação. Muitas vezes, neste período, a gestação já foi anunciada a outros membros da família incluindo filhos, e este deve ser um aspecto importante a ser abordado.

É fundamental o acompanhamento psicológico da mulher e/ou casal em função do luto que invariavelmente se estabelece após o diagnóstico de anencefalia. Vale salientar que, em muitos casos, a gestação é desejada, devendo o profissional trabalhar medos, sentimentos de culpa e reações emocionais que surgem a partir de então. Para a mulher deve ser considerada a discussão sobre o futuro reprodutivo e o eventual desejo de uma nova gestação.

Não cabe ao psicólogo e/ou ao profissional de saúde opinar sobre a escolha da mulher e/ou do casal acerca da continuidade ou interrupção/antecipação terapêutica do parto, mas sim mostrar as alternativas possíveis, os riscos inerentes à manutenção ou à interrupção da gestação, promovendo uma reflexão madura para a tomada de decisão. O profissional deve evitar julgamentos e preconceitos, além de exercer sua capacidade de empatia, que consiste em se colocar no lugar do outro, o que certamente auxiliará no entendimento da dor e do sofrimento alheios.

São responsabilidades da equipe:

- Garantir a privacidade no atendimento e no sigilo das informações;
- Estar atento às preocupações das mulheres, aceitando as suas percepções e saberes, passando informações que atendam às suas necessidades e perguntas;
- Estabelecer uma comunicação efetiva, estando atento à comunicação não verbal (gestos, expressões faciais). Utilizar linguagem simples, aproximativa, inteligível e apropriada ao universo da usuária;
- Organizar e priorizar o acesso da mulher de acordo com as necessidades detectadas;
- Garantir acesso ao pré-natal de alto risco, caso e até quando a mulher/casal resolva manter a gravidez;
- Informar sobre os procedimentos de interrupção/antecipação terapêutica do parto e encaminhamentos necessários, de acordo com as condições clínicas da usuária e os resultados de exames;

- Orientar quanto à escolha contraceptiva após a interrupção da gestação ou à antecipação terapêutica do parto.

São responsabilidades dos profissionais de saúde mental e de serviço social:

- Prestar apoio emocional imediato e propiciar acompanhamento continuado;
- Identificar e trabalhar com a mulher as possíveis reações dos grupos sociais (famílias, amigos, colegas) nos quais está inserida.

O momento do diagnóstico da anencefalia

Uma mulher e/ou casal nunca está preparada(o) para o diagnóstico de uma malformação quando vai realizar ultrassonografia de rotina durante a gestação. O momento do diagnóstico de uma malformação sempre é muito difícil também para o profissional que está realizando o exame e que precisa informar sobre o seu achado.

No momento de notificar o diagnóstico de anencefalia, o profissional deve fazê-lo cuidadosamente com informações precisas, evitando que a mulher se sinta culpada pela malformação. A mulher deve ser orientada da possibilidade de manter, interromper a gestação ou antecipar terapeuticamente o parto. No primeiro caso, ela deverá ser encaminhada para um serviço de referência para gestação de alto risco.

Nos mesmos termos da Resolução nº 1.989, de 14 de maio de 2012, do Conselho Federal de Medicina (CFM), o diagnóstico da anencefalia poderá ser realizado por um médico, mas, para a interrupção da gestação, embora baste um único laudo de ultrassonografia, este deve ser assinado por dois médicos. A segunda assinatura poderá ser aposta ao laudo ultrassonográfico por médico do serviço que realizará a interrupção da gravidez. Não poderá ser exigido o segundo laudo ultrassonográfico. Caso seja vontade da gestante, esta poderá solicitar o segundo exame ultrassonográfico.

É importante que a mulher e/ou o casal não se sintam pressionados a decidir pela manutenção ou interrupção da gestação. A decisão pela interrupção ou desistência dela pode ocorrer a qualquer momento e deve ser respeitada. É importante que seja oferecida uma consulta com o profissional da saúde mental, quando houver disponibilidade.

O acompanhamento da gestação

A mulher pode decidir a qualquer tempo da gestação de anencéfalo pela sua interrupção. Em caso de decisão por levar a gestação a termo, a mulher e/ou o casal, quando for o caso, permanecerá acompanhada pelo serviço de pré-natal com a equipe multidisciplinar até o parto e o puerpério. O acolhimento e o acompanhamento devem, preferencialmente, ser em Serviço de Pré-Natal de Alto Risco, permanecendo o vínculo com a equipe de Atenção Básica do seu território. De qualquer forma, deve ser seguido o *Manual Técnico de Gestação de Alto Risco* do Ministério da Saúde vigente.

A internação hospitalar

Em casos de opção pela interrupção da gestação ou antecipação terapêutica do parto de anencéfalo

Antes da internação para interrupção da gestação ou antecipação terapêutica do parto, a mulher deve assinar o consentimento informado.

O consentimento deve ser lido com a mulher/o casal e as orientações, mesmo que tenham sido dadas em momento anterior, devem ser fornecidas novamente. A mulher e a família devem se sentir confortáveis para solicitar todos os esclarecimentos que julgarem importantes.

Os profissionais devem deixar clara a garantia do sigilo da decisão de interrupção da gestação ou da antecipação terapêutica do parto, caso tenha sido esta a opção da mulher ou do casal.

A mulher deve ser informada, em todos os casos, do seu direito à presença de um acompanhante durante todo o período de internação para a interrupção da gestação ou a antecipação do parto, desde a admissão até o momento da alta.

Como o processo de indução do parto pode ser mais demorado, em alguns casos, é importante que a equipe multidisciplinar esteja atenta às questões afetivas e sociais da mulher durante este período.

O uso liberal de analgésicos e de anestésicos deve fazer parte da rotina de atenção a estas mulheres, já que o olhar dos profissionais deve estar concentrado no conforto e na segurança da mulher. A atitude respeitosa da equipe, especialmente no cuidado durante o momento do parto, é muito importante para a mulher e o casal.

- A mulher deve ser informada de que ela e a família têm o direito de ver o feto, se assim o desejarem.
- A instituição deve garantir que a mulher internada para a interrupção da gestação ou a antecipação terapêutica do parto não fique alojada em enfermaria onde estiverem outras mulheres com bebês saudáveis. Preferencialmente, elas deverão ficar em leitos destinados aos casos de atendimento ginecológico.
- A inibição da lactação não deve ser esquecida e a mulher deve ser orientada sobre como proceder para evitar e/ou tratar ingurgitamento mamário.
- A alta hospitalar deve ser a mais precoce possível desde que garantidas as condições de segurança para a mulher. Questões como a profilaxia para a aloimunização Rh e o tratamento de eventuais diagnósticos feitos nos exames iniciais de pré-natal ou durante a internação devem ser realizados.
- No momento da alta, a mulher deve ser orientada sobre a utilização de um método contraceptivo.
- Assim como as demais puérperas, a mulher, após a interrupção da gestação ou antecipação terapêutica do parto por anencefalia, deve ser orientada a comparecer a uma consulta de revisão puerperal.
- É importante que a referência/contrarreferência seja feita de forma completa informando a unidade que receberá a mulher qual(is) o(s) diagnóstico(s), qual (is) o(s) procedimento(s) realizado(s) e os tratamentos prescritos.
- A mulher deve ser orientada a procurar atendimento médico caso apresente alguns dos sinais de alerta, como: febre persistente, hemorragia, dor abdominal e corrimento com odor fétido.

Em casos de opção pela conduta conservadora da gravidez e parto espontâneo de anencéfalo

Caso a mulher opte pela manutenção da gravidez e pelo aguardo de um parto espontâneo, os cuidados com a mulher e a família devem ser os mesmos descritos anteriormente. A equipe deve respeitar e proporcionar condições para atender à decisão do casal sobre a vivência deste momento (plano de parto com os procedimentos desejados, forma e rituais de recepção do feto, entre outros).

O parto de anencéfalo implica assistência obstétrica qualificada, com atenção particular ao período expulsivo, uma vez que são comuns as apresentações de face ou pélvica. A via de parto, preferentemente vaginal, será por indicação obstétrica. A vigilância do terceiro estágio deverá ser reforçada, com atenção à hemorragia pós-parto.

Uso de técnicas e medicamentos para interrupção da gestação de anencéfalo ou antecipação terapêutica do parto

– Entre 13 e 26 semanas:

A interrupção medicamentosa da gravidez com misoprostol é o método de eleição para gestações entre 13 e 26 semanas. O misoprostol é um metilanálogo sintético da prostaglandina (PgE1) estável em temperatura ambiente, eficaz para promover modificações no colo de útero imaturo e para induzir a contratilidade uterina. Deve ser preferentemente administrado por via vaginal, por ser mais efetiva que a via oral e provocar menos efeitos secundários do que a via sublingual. Os comprimidos preparados especificamente para uso vaginal, disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, não necessitam ser umedecidos com água ou soro fisiológico.

A eficácia do esvaziamento uterino com misoprostol é de cerca de 90%, muitas vezes com a expulsão completa do conteúdo uterino, sem necessidade de procedimentos complementares de esvaziamento. De toda forma, recomenda-se o tratamento específico de infecções sempre que identificadas, sem que essa medida postergue o início do tratamento. A mulher deve permanecer internada até a conclusão do procedimento, completando-se o esvaziamento uterino com curetagem, nos casos de abortamento incompleto.

A aspiração intrauterina e a curetagem não são recomendadas para a interrupção de gestações com mais de 12 semanas. Métodos cirúrgicos maiores, como laparotomia, devem ser reservados para situações excepcionais.

A posologia e a forma de administração do misoprostol devem considerar a idade gestacional e o quadro clínico e psicológico da mulher. Não há limite de idade da mulher para o uso do misoprostol. As adolescentes devem receber as mesmas doses empregadas para as mulheres adultas.

A sensibilidade do útero ao misoprostol aumenta diretamente com a idade gestacional. Não utilizar nova dose se o exame clínico mostrar início da atividade uterina. A ocitocina não deve ser associada ao misoprostol concomitantemente.

Se não ocorrer a expulsão fetal com o esquema mencionado anteriormente, outra opção é a realização de pausa de 24 horas do uso do misoprostol após as doses descritas, seguida de reinício do tratamento. Nesses casos, devem-se considerar a experiência de cada serviço de saúde e a concordância da mulher.

– Após a 26ª semana:

A escolha do método para interrupção da gravidez de terceiro trimestre inclui o misoprostol e a ocitocina. A indução do parto é um aspecto comum na prática obstétrica, com frequência de quase 15% do total de procedimentos. Apresenta maior dificuldade quando o colo uterino é desfavorável, com escore de Bishop menor ou igual a cinco, resultando em maior possibilidade de falha.

Misoprostol

Nas gestações com 27 semanas ou mais, recomenda-se a administração de 25 microgramas de misoprostol, via vaginal, a cada seis horas, por até quatro doses. Não administrar nova dose de misoprostol se o exame clínico for compatível com atividade uterina efetiva.

Iniciada a administração do misoprostol, a mulher deve ser clinicamente acompanhada de forma sistemática pelo médico e pela enfermeira obstétrica. As contrações uterinas devem ser monitoradas a cada 30 minutos, assim como as funções vitais da gestante. Esse controle não deve ser interrompido após o parto ou o abortamento, na medida em que pode ocorrer atonia uterina ou retenção placentária, provocando hemorragia. Nesses casos, devem ser rapidamente estabelecidos os procedimentos de rotina de cada serviço de saúde para corrigir o problema. Em caso de febre, deve-se descartar a existência de infecção, embora caiba recordar que febre transitória, com ou sem calafrios, pode ser efeito secundário comum do misoprostol.

QUADRO 1 – ADMINISTRAÇÃO DO MISOPROSTOL PARA A INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO DE ANENCÉFALO

IDADE GESTACIONAL	DOSE INICIAL (µg)	ADMINISTRAÇÃO
13 a 17 Semanas	200 µg	Via vaginal, a cada 6h, durante 24h (4 doses). Resposta negativa: repetir o mesmo esquema após 24h da última dose.
18 a 26 Semanas	100 µg	Via vaginal, a cada 6h, durante 24h (4 doses). Resposta negativa: repetir o mesmo esquema após 24h da última dose.
27 ou mais Semanas	25 µg	Via vaginal, a cada 6h, durante 24h (4 doses). Resposta negativa: repetir o mesmo esquema após 24h da última dose.

Precauções e contraindicações do misoprostol

O misoprostol é um método seguro e bem tolerado, tanto para o abortamento como para a indução do parto. No entanto, os efeitos secundários e a possibilidade de complicações, ainda que pouco frequentes, exigem precauções. Os efeitos secundários incluem náuseas, vômitos, cefaleia, diarreia, dor abdominal, febre e calafrios. Ocorrem em 10% a 30% dos casos e são mais frequentes quando se administra o medicamento em doses elevadas, intervalos curtos ou quando se emprega a via oral ou sublingual.

No abortamento, o sangramento vaginal costuma ser mais intenso do que aquele que ocorre na menstruação regular, mas não excede o sangramento no abortamento espontâneo sem complicações. O risco de sangramento vaginal excessivo, embora raro, requer cuidadoso monitoramento clínico.

O misoprostol é contraindicado para mulheres com disfunção hepática severa, coagulopatias, em uso de anticoagulantes, ou com antecedente de alergia às

prostaglandinas. Nas doenças cerebrovasculares, cardíacas, vasculares, neuropatias, diabetes *mellitus* ou hipertensão arterial descompensada, o misoprostol não tem contraindicação absoluta, mas deve receber rigorosa vigilância.

A rotura uterina na interrupção da gestação é uma complicação, embora grave, de ocorrência excepcional, relacionada com respostas individuais, doses inadequadas e/ou elevadas de misoprostol. Em mulheres com cicatriz uterina prévia ou cesárea anterior, o risco de rotura uterina é significativamente maior. No entanto, o antecedente de cesárea ou de cicatriz uterina não contraindica o misoprostol para interrupção da gravidez de até 22 semanas, quando observadas as doses recomendadas. Por questões de segurança, o uso do misoprostol deve ser contraindicado em mulheres com cesárea anterior ou cicatriz uterina em gestação entre 23 e 26 semanas, até que estudos clínicos demonstrem o contrário. Em gestações acima de 27 semanas, o uso do misoprostol é contraindicado se a mulher tem antecedente de ao menos uma cesárea anterior ou cicatriz uterina.

QUADRO 2 – CONTRAINDICAÇÕES PARA USO DO MISOPROSTOL

Disfunções hepáticas severas
Doenças da coagulação ou uso de anticoagulantes
Antecedente de alergia a prostaglandinas
Doença vascular cerebral
Infecção pélvica ou sepse
Instabilidade hemodinâmica
Cesária anterior ou cicatriz uterina (para gestação acima de 23 semanas)

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de Alto Risco: manual técnico. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

A falha do misoprostol também pode ser considerada uma complicação, particularmente no abortamento do segundo trimestre, quando são menores as alternativas para concluir o procedimento.

Ocitocina

A indução do parto com ocitocina é alternativa para os serviços de saúde que não tenham disponibilidade do misoprostol ou houve falha no seu uso. Condições adequadas de assistência devem ser asseguradas, incluindo-se profissionais médicos ou de enfermagem em número suficiente para monitorar periodicamente a contratilidade uterina. É desejável contar com bomba de infusão endovenosa para a indução com ocitocina, bem como o acesso a medicamentos tocolíticos, caso necessário. As condições do colo de útero devem ser avaliadas pelo escore de Bishop, considerado desfavorável quando menor ou igual a cinco (Quadro 3).

A ocitocina não deve ser utilizada dentro das seis horas seguintes do uso do misoprostol.

QUADRO 3 – ESCORE CERVICAL PRÉ-INDUÇÃO DE BISHOP

Fator Avaliado	0	1	2	3
Dilatação (cm)	0	1-2	3-4	5-6
Apagamento do colo (%)	0-30	40-50	60-70	80
Altura da apresentação	-3	-2	-1 ou zero	+1 ou +2
Consistência do colo	Firme	Médio	Amolecido	
Posição do colo	Posterior	Médio	Anterior	

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
Legenda: cm = centímetros

O uso de ocitocina é recomendado com escore de Bishop maior ou igual a seis. As doses crescentes de ocitocina encontram-se indicadas a seguir (Quadro 4). Antes do aumento de cada dose, as contrações uterinas devem ser avaliadas por palpação. A menor dose efetiva possível deve ser usada para evitar a hiperestimulação uterina. As contrações uterinas devem ser avaliadas a cada 30 minutos e, caso as contrações estejam presentes e eficazes, a dose deverá ser mantida. Nos casos de anencefalia não há indicação de controle dos batimentos cardíacos fetais. Os dados vitais maternos de pulso, temperatura, pressão arterial e diurese devem ser avaliados a cada quatro horas. A ocitocina não deve ser iniciada antes de intervalo de seis horas da última dose de misoprostol, caso tenha sido utilizado para a maturação cervical.

QUADRO 4 – ORIENTAÇÃO PARA A INFUSÃO ENDOVENOSA DE OCITOCINA

Tempo após início (minutos)	Dose de ocitocina (mU/minuto)	Volume infundido – ml/hora (diluição 5 UI em 500 ml)
0	1	6 ml/hora ou 2 gotas/minuto
30	2	12 ml/hora ou 4 gotas/minuto
60	4	24 ml/hora ou 8 gotas/minuto
90	8	48 ml/hora ou 16 gotas/minuto
120	12	72 ml/hora ou 24 gotas/minuto
150	16	96 ml/hora ou 32 gotas/minuto
180	20	120 ml/hora ou 40 gotas/minuto
210	24	144 ml/hora ou 48 gotas/minuto
240	28	168 ml/hora ou 56 gotas/minuto
270	32	192 ml/hora ou 64 gotas/minuto

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
Legenda: UI = unidade internacional

A indução do parto com ocitocina requer maiores cuidados quando a mulher apresenta grande multiparidade ou hipertensão arterial grave. O mesmo deve ser feito em casos de poli-hidrâmnio, condição frequentemente associada à anencefalia. Em mulheres com cesárea anterior há de se ter cautela no uso de ocitocina, devendo-se verificar atentamente o padrão de contratilidade uterina, que terá de ser mantido nos parâmetros fisiológicos. Duas ou mais cesáreas contraindicam a indução com ocitocina.

Considera-se falha de indução a ausência de contrações uterinas efetivas que promovam a dilatação cervical progressiva após atingir a dose máxima de ocitocina. Nesses casos, a indução pode ser temporariamente suspensa e reiniciada, desde que exista concordância entre o médico e a gestante. Optando-se por repetir a indução, a amniotomia precoce poderá ser empregada, se as condições do colo permitirem.

Conduta na hiperestimulação uterina

Como já mencionado, na indução do parto com ocitocina ou misoprostol, cabe atenção rigorosa da contratilidade uterina, fundamental para o sucesso do procedimento. A hiperestimulação e a hipercontratilidade uterina são complicações que podem ocorrer durante a indução do parto com ocitocina ou misoprostol, aumentando o risco de rotura uterina. Nesses casos, deve-se proceder com a administração de agentes tocolíticos, de acordo com o protocolo de cada serviço de saúde. A taquissistolia é caracterizada por cinco ou mais contrações a cada 10 minutos e, a hipersistolia, por contração com mais de 120 segundos. Na sua ocorrência, adotar os procedimentos do quadro a seguir:

QUADRO 5 – PROCEDIMENTOS NA HIPERESTIMULAÇÃO UTERINA

DIMINUIR A INFUSÃO DE OCITOCINA

AGUARDAR MELHORA DAS CONDIÇÕES DE CONTRATILIDADE

BOA RESPOSTA DAS CONTRAÇÕES

REINICIAR INFUSÃO COM DOSES MENORES DE OCITOCINA

UTILIZAR INTERVALOS MAIORES PARA AUMENTO DAS DOSES

SE NÃO HOUVER RESPOSTA SATISFATÓRIA

SUSPENDER A INFUSÃO DA OCITOCINA

COLOCAR A MULHER EM DECÚBITO LATERAL ESQUERDO

AVALIAR PRESSÃO ARTERIAL

AVALIAR DILATAÇÃO CERVICAL

CONSIDERAR A INFUSÃO RÁPIDA DE CRISTALOIDES

ADMINISTRAR AGENTE TOCOLÍTICO (TERBULATINA 0,25 MG SUBCUTÂNEO) OU EQUIVALENTE

CONSIDERAR A INDICAÇÃO DE CESÁREA

NO CASO DE HIPERESTIMULAÇÃO UTERINA POR MISOPROSTOL

ADMINISTRAR AGENTE TOCOLÍTICO (TERBULATINA 0,25 MG SUBCUTÂNEO) OU EQUIVALENTE

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

A indução do parto com misoprostol ou ocitocina, durante o terceiro trimestre, deve observar as seguintes contraindicações contidas no Quadro 6:

QUADRO 6 – CONTRAINDICAÇÕES PARA A INDUÇÃO DO PARTO VAGINAL

Placenta prévia central, total ou parcial
Apresentações fetais anômalas
Desproporção cefalo-pélvica absoluta
Carcinoma invasor ou microinvasor cervico-uterino
Cicatriz uterina prévia/cesárea anterior (misoprostol)
Cicatriz segmentar de repetição
Obstrução do canal de parto

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

Cesárea

Deve ser o método de eleição nas situações de iteratividade, com duas ou mais cesáreas ou miomectomia anterior em gestações acima de 27 semanas, nas situações de contraindicação absoluta ao parto vaginal, e na falha da indução com a ocitocina ou misoprostol. Deve-se considerar a cesárea de forma eletiva para gestantes que tenham dificuldade de acesso ao serviço de saúde.

Outros Métodos

Em situações excepcionais e nos serviços de saúde com experiência, pode ser utilizado o Cateter de Foley (Método de Krause), de nº 16 a 24, introduzido, sob condições estéreis, no canal cervical até atingir o orifício interno, preenchendo-se o balão com 30 cc a 60 cc de água destilada. O cateter deve ser deixado no local até se soltar espontaneamente, ou no máximo por 24 horas, com fixação na face interna da coxa, utilizando-se fita adesiva ou esparadrapo, e submetido a trações manuais periódicas. O método é contraindicado para as pacientes com placenta baixa, sangramento uterino, rotura de membranas e

cervicite. A interrupção pelo Método de Aburel, que utiliza a injeção intra-amniótica de solução hipertônica, deve ser ao máximo evitada, pela possibilidade de acidentes maternos graves ou letais.

Profilaxia da infecção do trato reprodutivo

O uso profilático de antibióticos reduz a taxa de complicações infecciosas após o abortamento. Os serviços de saúde devem adotar as normas estabelecidas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar local. Na ausência de protocolo específico, recomenda-se o uso de cefalotina endovenosa, de 1,0 grama a 2,0 gramas, em dose única, ou a cada seis horas, máximo de três doses. Mulheres com antecedente de hipersensibilidade à penicilina e a derivados devem receber clindamicina endovenosa, de 600 mg a 900 mg, em dose única ou a cada 6 ou 8 horas, máximo de três doses, ou outro antibiótico a critério do serviço de saúde. A utilização de antibióticos por tempo ou número de doses maior não configura profilaxia antibiótica, justificando-se somente em casos que exista necessidade de tratamento.

Profilaxia da aloimunização materno fetal

Em todas as situações de interrupção da gravidez ou de antecipação terapêutica do parto deve-se solicitar a determinação do tipo sanguíneo e do fator Rh. A profilaxia da aloimunização pelo fator Rh deve ser realizada em todas as gestantes Rh negativo com teste indireto de Coombs negativo que tenham parceiro Rh positivo durante a gestação quando forem submetidas a procedimentos invasivos ou nos casos de sangramento obstétrico. O mesmo deve ser feito para mulheres com fator Rh negativo e com teste de Coombs indireto negativo até 72 horas da conclusão do abortamento ou do parto de anencéfalo. A profilaxia deve empregar de 300 a 500 microgramas de imunoglobulina anti-D, via intramuscular, em dose única.

Manejo da dor

A intensidade da dor durante a interrupção da gestação ou a antecipação terapêutica do parto pode sofrer influência da idade gestacional, da paridade, da idade da mulher e do

medo ou da insegurança quanto aos procedimentos. Sangramento vaginal clinicamente aceitável, febre, diarreia e dor hipogástrica tolerável estão presentes para a maioria das mulheres que realiza o procedimento com misoprostol. Elas devem ser informadas sobre esses efeitos antes de iniciar o tratamento, evitando-se que sejam confundidos com complicações do tratamento. Esse cuidado também evita a ansiedade excessiva da mulher, o que pode interferir na adesão ao método. A mulher também deve ser informada das limitações do método e da possibilidade de sua falha.

É fundamental que a equipe de saúde garanta alívio apropriado para a dor durante a interrupção da gestação ou a antecipação terapêutica do parto. O controle inadequado da dor implica sofrimento desnecessário e injustificado, aumentando o dano emocional. A escolha do método deve ser criteriosa e considerar as condições clínicas de cada mulher, que deve participar da escolha. A fragilidade emocional da mulher em situação de gestação de anencéfalo pode limitar o uso de alternativas utilizadas com sucesso em outras situações. Nesses casos, além de respeitar a escolha da mulher, devem ser consideradas as características e a experiência de cada serviço de saúde.

Quando houver dor de pequena ou moderada intensidade, o uso de analgésicos pode aliviar o sintoma sem interferir no efeito do misoprostol sobre a contratilidade uterina. Mulheres que fazem uso frequente de analgésicos podem requerer maior atenção no controle da dor. O uso de analgésicos opiáceos fica indicado para situações de dor intensa que não responda satisfatoriamente aos analgésicos de rotina.

O uso de derivados da morfina pode ser necessário durante o período de indução e expulsão fetal para alívio da dor provocada pela contração uterina e dilatação cervical. A equipe de saúde deve estar atenta para possíveis efeitos adversos, como a depressão respiratória. Caso o esvaziamento ocorra de forma incompleta, os mesmos cuidados devem ser tomados para aliviar a dor durante a curetagem uterina complementar. A analgesia de parto também deve ser considerada como oferta para mulheres que necessitem deste método de alívio da dor.

Inibição da lactação

Após a interrupção da gestação, a lactação deve ser inibida, quando necessária, com enfaixamento das mamas ou uso de cabergolina, dependendo de cada caso.

Prevenção da anencefalia

O uso de ácido fólico, antes da concepção e durante os três primeiros meses da gestação, reduz o risco de doenças do tubo neural, como a anencefalia. A fortificação de alimentos com ácido fólico tem sido proposta como política pública (Lancet, 1991). Mesmo que haja consumo apropriado de alimentos fortificados com acido fólico, o uso de sua suplementação para prevenir doenças do tubo neural em todas as mulheres em idade fértil é recomendado pela Organização Mundial da Saúde. A suplementação diária com 0,4 mg, antes da concepção e até os três meses de gestação, pode reduzir o risco de anencefalia.

Nos casos em que a mulher apresente fatores de risco para doenças do tubo neural, entre eles história prévia da mulher (ou do parceiro) de gestação de anencéfalo ou com parente de primeiro grau afetado pela doença, a prevenção da anencefalia deve ser realizada com a suplementação por via oral de 4,0 mg diárias de ácido fólico três meses antes da concepção e mantida durante o primeiro trimestre da gestação. Nas gestações não planejadas, a suplementação com ácido fólico deve ser iniciada o mais breve possível.

Para mulheres com gestação de anencéfalo, o risco de recorrência varia entre 2% e 3%. Mulheres nessas condições devem receber aconselhamento para o planejamento de futuras gestações. Estima-se que a suplementação adequada do ácido fólico, e uma dieta com alimentos ricos em acido fólico sejam capazes de reduzir em até 71% a recorrência da anencefalia.

Referências

Associação Médica Mundial. 34ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial. Declaração da Associação Médica Mundial sobre os direitos do paciente [internet]. Lisboa: 1981. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/codetica/medica/14lisboa.html.

Associação Médica Mundial. 47ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial. bali: 1995. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/codetica/medica/14lisboa.html.

Benute GG, Gollop TR. O que acontece com os casais após o diagnóstico de malformação fetal? Femina. 2002;30(9):661-3.

Benute GG, Nomura RMY, Lucia MCS, Zugaib M. Interrupção da gestação após o diagnóstico de malformação letal: aspectos emocionais. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006;28(1):10-7.

Brasil. Câmara dos Deputados. Centro de Documentação e Informação. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Câmara dos Deputados; 1988. 119p.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n 1,973, de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. DOU de 1º.8.1996.

Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n° 8.069/1990). Brasília: Secretaria Executiva do CONANDA; 2004. 160p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2ª edição. atualizada e ampliada. Brasília: Editora MS; 2010. 60p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5ª edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010. 302p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 3ª ed. atualizada e ampliada. Brasília: Editora MS; 2011. 124p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p

Brizot ML, Carvalho MHB, Liao AW. Malformações fetais. In: Zugaib M, editor. Obstetrícia. Barueri: Manole; 2008. p1079-90.

Bukowski R, Malone FD, Porter FT, Nyberg DA, Comstock CH, Hankins GD, et al. Preconceptional folate supplementation and the risk of spontaneous preterm birth: a cohort study. PLoS Med. 2009;6(5):e1000061.

Bunduki V, Sales VC. Defeitos abertos do tubo neural. In: Zugaib M, editor. Medicina fetal. 2ª edição. São Paulo: Editora Atheneu; 1997. p196-204.

Campbell S, Johnstone FD, Holt EM, May P. Anencephaly: early ultrasonic diagnosis and active management. Lancet. 1972;2(7789):1226-7.

C41arcopino X, Shojal R, D'Ercole C, Boubli L. French trainees in obstetrics and gynaecology theoretical and pratice of vaginal breech delivery: a national survey. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol. 2007;135(1):17-20.

Código Civil Brasileiro. Lei 10.406, 10.01.2002. 3ª edição. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 2003. 831p.

Conferência Internacional sobre Direitos Humanos. Viena: 1993 [internet]. Disponível em http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/viena/viena.html.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção I, p. 90-2. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 13 out. 2009. Seção I, p. 173 – RETIFICAÇÃO em vigor a partir de 13/04/2010.

Delmanto C, Delmanto R, Delmanto-Júnior R, Delmanto FMA, editores. Código penal comentado. 8ª edição. Rio de Janeiro: Editora Saraiva; 2010. 1200p.

Diniz D, Vélez ACG. Aborto na suprema corte: o caso da anencefalia no Brasil. Estudos Feministas. 2008;16(2):647-652.

Diniz D. Aborto e inviabilidad fetal: el debate brasileño. Cad Saude Publica. 2005;21(2):634-9.

Dolk H, Seller MJ. Neural tube defects: a survey of lesion descriptions made by different European pathologists. J Med Genet. 1993;30(11):942-6.

Federação Latino-Americana de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Uso de misoprostol em obstetrícia e ginecologia. 2ª edição. Campinas: FLASOG; 2007. 96p.

Federation International of Gynecology and Obstetrics. Ethical Issues In Obstetrics and Gynecology by the FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. United Kingdon: FIGO; 2009. p.373.

FIGO http://www.figo.org/files/figo-corp/Misoprostol_Doses%20Recomendadas%20 2012_Portuguese.pdf

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Guia Prático de Condutas; Recomendações sobre a Suplementação Periconcepcional de Ácido Fólico na Prevenção de Defeitos de Fechamento do Tubo Neural (Anencefalia e outros defeitos abertos do tubo neural). Rio de Janeiro: FEBRASGO; 2012 22p.

FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Ethical aspects concerning termination of pregnancy following prenatal diagnosis. Int J Gynaecol Obstet. 2008;102(1):97-8.

Gollop TR. A ultra-sonografia no diagnóstico pré-natal de anomalias fetais [tese de livre docência]. São Paulo: Departamento de Genética da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1983.

Holmes L, Harris J, Oakley GP, Jr., Friedman JM. Teratology Society Consensus Statement on use of folic acid to reduce the risk of birth defects. Teratology. 1997;55(6):381.

Knab DR. Abruptio placentae: an assessment of the time and method of delivery. Obstet Gynecol. 1978;52(5):625-9

Lancet (1991). Prevention of neural tube defects: results of the Medical Research Council Vitamin Study. MRC Vitamin Study Research Group. Lancet, 1991; 338(8760): 131-7

Mourquin JM. Classification and heterogeneity of preterm birth. BJOG 2003;110(Suppl 20):30-33

Organização Mundial de Saude (2013). Diretriz: Suplementação intermitente de ferro e ácido fólico em gestantes não anêmicas. Genebra: Organização Mundial da Saude, 2013.

Pimentel S, César A. Anencefalia en el hospital San Bartolome. [Tese]. Lima: Universidade Nacional Mayor San Marcos – Faculdade de Medicina; 1999. 15p.

Recommendations for the use of folic acid to reduce the number of cases of spina bifida and other neural tube defects. MMWR Recomm Rep. 1992;41(RR-14):1-7.

Rojas RN, Sanvhes GL, Pimentel S. Anencefalia. Fronteras med. 1995;122:31.

Seller MJ. Further evidence for an intermittent pattern of neural tube closure in humans. J Med Genet. 1995;32(3):205-7.

Spellacy WN, Handler A, Ferre CD. A case-control study of 1253 twin pregnancies from a 1982-1987 perinatal data base. Obstet Gynecol. 1990;75(2):168-71

Srofenyoh EK, Seffah JD. Prenatal, labor and delirery characteristics of mothers with macrosomic babies. Int J Gynaecol Obstet 2006;93(1):40-50.

Supremo Tribunal Federal. ADPF 54 QO / DF - Distrito Federal. Questão de ordem na arguição de descumprimento de preceito fundamental [internet]. Brasília [citado 2013 abr 20]. Disponível em: http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28anencefalia%29&base=baseAcordaos&url=http://tinyurl.com/c63gqkq

The Medical Task Force on Anencephaly. The infant with anencephaly. N Engl J Med. 1990;322:669-74.

United Nations. Declaration on the elimination of violence against women. New York: General Assembly United Nations; 1993.

United Nations. Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994. New York: United Nations - *Department of Public Information*; 1995.

United Nations. Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing, 4-15 September 1995. New York: United Nations; 1996.

Wallenburg HC, Wladimiroff JW. The amniotic fluid: polyhydramnios and oligohif=dramnios. J Perninat Med. 1977;5(6):233-43

Wilson RD, Johnson JA, Wyatt P, Allen V, Gagnon A, Langlois S, et al. Pre-conceptional vitamin/folic acid supplementation 2007: the use of folic acid in combination with a multivitamin supplement for the prevention of neural tube defects and other congenital anomalies. J Obstet Gynaecol Can. 2007;29(12):1003-26.

World Health Organization. The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group. Geneva: World Health Organization; 1992. 17p.

World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. Geneva; World Health Organization; 2012. 134p.

Anexos

Anexo A

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.989, DE 10 DE MAIO DE 2012

Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 14 mai. 2012. Seção I, p.308-309

Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931/09, publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90, republicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173);

CONSIDERANDO que o Supremo Tribunal Federal julgou procedente a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54, de 17 de junho de 2004 (ADPF-54), e declarou a constitucionalidade da antecipação terapêutica do parto nos casos de gestação de feto anencéfalo, o que não caracteriza o aborto tipificado nos artigos 124, 126 e 128 (incisos I e II) do Código Penal, nem se confunde com ele;

CONSIDERANDO que o pressuposto fático desse julgamento é o diagnóstico médico inequívoco de anencefalia;

CONSIDERANDO que compete ao Conselho Federal de Medicina definir os critérios para o diagnóstico de anencefalia;

CONSIDERANDO que o diagnóstico de anencefalia é realizado por meio de exame ultrassonográfico;

CONSIDERANDO que é da exclusiva competência do médico a execução e a interpretação do exame ultrassonográfico em seres humanos, bem como a emissão do respectivo laudo, nos termos da Resolução CFM nº 1.361/92, de 9 de dezembro de 1992 (Publicada no D.O.U. de 14 de dezembro de 1992, Seção I, p.17.186);

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo a eles zelar e trabalhar, com todos os meios a seu alcance, pelo prestígio e bom conceito da profissão e pelo perfeito desempenho ético dos profissionais que exercem a Medicina legalmente;

CONSIDERANDO que a meta de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e com o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO o artigo 1º, inciso III da Constituição Federal, que elegeu o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil;

CONSIDERANDO o artigo 5º, inciso III da Constituição Federal, segundo o qual ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;

CONSIDERANDO que cabe ao médico zelar pelo bem-estar dos pacientes;

CONSIDERANDO o teor da exposição de motivos que acompanha esta resolução;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 10 de maio de 2012, resolve:

Art. 1º Na ocorrência do diagnóstico inequívoco de anencefalia o médico pode, a pedido da gestante, independente de autorização do Estado, interromper a gravidez.

Art. 2º O diagnóstico de anencefalia é feito por exame ultrassonográfico realizado a partir da 12ª (décima segunda) semana de gestação e deve conter:

I - duas fotografias, identificadas e datadas: uma com a face do feto em posição sagital; a outra, com a visualização do polo cefálico no corte transversal, demonstrando a ausência da calota craniana e de parênquima cerebral identificável;

II - laudo assinado por dois médicos, capacitados para tal diagnóstico.

Art. 3º Concluído o diagnóstico de anencefalia, o médico deve prestar à gestante todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados, garantindo a ela o direito de decidir livremente sobre a conduta a ser adotada, sem impor sua autoridade para induzi-la a tomar qualquer decisão ou para limitá-la naquilo que decidir:

§1º É direito da gestante solicitar a realização de junta médica ou buscar outra opinião sobre o diagnóstico.

§2º Ante o diagnóstico de anencefalia, a gestante tem o direito de:

I - manter a gravidez;

II - interromper imediatamente a gravidez, independente do tempo de gestação, ou adiar essa decisão para outro momento.

§3º Qualquer que seja a decisão da gestante, o médico deve informá-la das consequências, incluindo os riscos decorrentes ou associados de cada uma.

§4º Se a gestante optar pela manutenção da gravidez, ser-lhe-á assegurada assistência médica pré-natal compatível com o diagnóstico.

§5º Tanto a gestante que optar pela manutenção da gravidez quanto a que optar por sua interrupção receberão, se assim o desejarem, assistência de equipe multiprofissional nos locais onde houver disponibilidade.

§6º A antecipação terapêutica do parto pode ser realizada apenas em hospital que disponha de estrutura adequada ao tratamento de complicações eventuais, inerentes aos respectivos procedimentos.

Art. 4º Será lavrada ata da antecipação terapêutica do parto, na qual deve constar o consentimento da gestante e/ou, se for o caso, de seu representante legal.

Parágrafo único. A ata, as fotografias e o laudo do exame referido no artigo 2º desta resolução integrarão o prontuário da paciente.

Art. 5º Realizada a antecipação terapêutica do parto, o médico deve informar à paciente os riscos de recorrência da anencefalia e referenciá-la para programas de planejamento familiar com assistência à contracepção, enquanto essa for necessária, e à preconcepção, quando for livremente desejada, garantindo-se, sempre, o direito de opção da mulher.

Parágrafo único. A paciente deve ser informada expressamente que a assistência preconcepcional tem por objetivo reduzir a recorrência da anencefalia.

Art. 6º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA

Presidente do Conselho

Em exercício

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-Geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO Nº 1.989/2012

Há mais de 20 anos, a antecipação terapêutica do parto de fetos anencéfalos é realizada no Brasil mediante autorização do Poder Judiciário ou do Ministério Público. Em 12 de abril de 2012, com a conclusão do julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54, de 17 de junho de 2004 (ADPF-54), o Supremo Tribunal Federal decidiu que, à luz da Constituição Federal, a antecipação terapêutica do parto de fetos anencéfalos não tipifica o crime de aborto previsto no Código Penal e dispensa, assim, autorização prévia. Os ministros Celso de Mello e Gilmar Mendes acompanharam o voto do relator, ministro Marco Aurélio, mas acrescentaram «condições de diagnóstico de anencefalia». Celso de Mello condicionou a interrupção da gravidez a que «esta malformação fetal fosse diagnosticada e comprovadamente identificada por profissional médico legalmente habilitado», reconhecendo à gestante «o direito de submeter-se a tal procedimento, sem necessidade de prévia obtenção de autorização judicial ou permissão outorgada por qualquer outro órgão do Estado». Endossou, ainda, a proposta do ministro Gilmar Mendes «no sentido de que fosse solicitada ao Ministério da Saúde e ao Conselho Federal de Medicina a adoção de medidas que pudessem viabilizar a adoção desse procedimento». Prevaleceu, contudo, o entendimento majoritário de que essa matéria deveria ficar a cargo deste Conselho Federal de Medicina, sem prejuízo, na área de sua competência, da respectiva regulamentação do Ministério da Saúde.

A partir dessa decisão, a interrupção da gravidez saiu do âmbito de uma decisão jurídica ou estritamente judicial para tornar-se um protocolo dos programas de atenção à saúde da mulher, exigindo, deste Conselho, a definição dos critérios médicos para o diagnóstico dessa malformação fetal, bem como a criação de diretrizes específicas para a assistência médica à gestante.

Desde o início da discussão sobre a legalidade e a constitucionalidade da interrupção da gravidez de fetos anencéfalos, restou perceptível a impropriedade conceitual das expressões "aborto", "aborto eugênico", "aborto eugenésico" ou "antecipação eugênica da gestação" para designar a antecipação terapêutica do parto nesses casos. No Direito, em especial no Direito Penal, desde a década de 50 há uma lição de Nelson Hungria sobre situação equiparável, em que o conceito de aborto também foi afastado:

«No caso de gravidez extrauterina, que representa um estado patológico, a sua interrupção não pode constituir o crime de aborto. Não está em jogo a vida de outro ser, não podendo o produto da concepção atingir normalmente vida própria, de modo que as consequências dos atos praticados se resolvem unicamente contra a mulher. O

feto expulso (para que se caracterize o aborto) deve ser um produto fisiológico, e não patológico. Se a gravidez se apresenta como um processo verdadeiramente mórbido, de modo a não permitir sequer uma intervenção cirúrgica que pudesse salvar a vida do feto, não há falar-se em aborto, para cuja existência é necessária a presumida possibilidade de continuação da vida do feto».

O relator da ADPF-54, ministro Marco Aurélio, que inclusive citou essa mesma lição, reafirmou a necessidade de se diferenciar, no âmbito jurídico-constitucional, o binômio aborto e antecipação terapêutica do parto:

Para não haver dúvida, faz-se imprescindível que se delimite o objeto sob exame. Na inicial, pede-se a declaração de inconstitucionalidade, com eficácia para todos e efeito vinculante, da interpretação dos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II, do Código Penal (Decreto-lei nº 2.848/40), que impeça a antecipação terapêutica do parto na hipótese de gravidez de feto anencéfalo, previamente diagnosticada por profissional habilitado. Pretende-se o reconhecimento do direito da gestante de submeter-se ao citado procedimento sem estar compelida a apresentar autorização judicial ou qualquer outra forma de permissão do Estado.

Destaco a alusão feita pela própria arguente ao fato de não se postular a proclamação de inconstitucionalidade abstrata dos tipos penais, o que os retiraria do sistema jurídico. Busca-se tão somente que os referidos enunciados sejam interpretados conforme a Constituição. Dessa maneira, mostra-se inteiramente despropositado veicular que o Supremo examinará, neste caso, a descriminalização do aborto, especialmente porque, consoante se observará, existe distinção entre aborto e antecipação terapêutica do parto.

Apesar de alguns autores utilizarem expressões "aborto eugênico ou eugenésico" ou "antecipação eugênica da gestação", afasto-as, considerado o indiscutível viés ideológico e político impregnado na palavra eugenia».

No contexto jurídico, esse excerto demonstra que a antecipação terapêutica do parto não se confunde com o aborto. Além do mais, a interrupção da gravidez, nos casos de anencefalia, antecipa o momento oportuno do parto, referindo-se ao fim natural da gestação e não à sua temporalidade, contada em semanas na data em que ocorrer a interrupção.

A expressão não se sobrepõe à tradição da semiologia médica que classifica a interrupção da gravidez como aborto ou antecipação do parto, a depender da idade gestacional. Mas é necessário manter a coerência da construção jurídica feita pela ADPF-54 com a normatização deste Conselho Federal de Medicina. Mais do que questão de

semântica ou de semiologia médica a se considerar, trata-se da necessidade de se manter a conformidade com o marco jurídico. Por essa razão, manteve-se, na epígrafe da resolução, a expressão antecipação terapêutica do parto, sem prejuízo de, também, se utilizar a expressão interrupção da gravidez.

A resolução não normatiza nem repete temas previamente regulamentados no Código de Ética Médica, limitando-se a seu objeto, ou seja, à definição de critérios com vistas ao diagnóstico da anencefalia para a antecipação terapêutica do parto, bem como a breves disposições complementares. Não tratou, por exemplo, da objeção de consciência, tema que desperta relevantes considerações éticas, filosóficas, jurídicas e religiosas, quer nos casos de aborto legal, quer nos casos de antecipação terapêutica do parto.

O silêncio não quer dizer indiferença, mas suficiência do Código de Ética Médica na regulação da matéria. No Capítulo I, Princípios fundamentais, a objeção de consciência foi inserida como um direito do médico: "VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente".

A relevância desta garantia levou o Código a repeti-la no Capítulo II, Direitos dos Médicos: «É direito do médico: (...) IX - Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência».

Pelas mesmas razões, a resolução apenas reafirmou o respeito à autonomia da gestante na tomada da decisão quanto a manter ou interromper a gravidez. O Código de Ética Médica impôs ao médico o dever de respeitar a decisão do paciente em diversos dispositivos. No Capítulo I, Princípios Fundamentais, o respeito à autonomia do paciente foi assegurado no inciso XXI: «No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas».

A autonomia da paciente foi uma das questões mais relevantes em toda a discussão empreendida no julgamento da ADPF- 54. Tão relevante que justifica relembrar: autonomia, do grego autos (próprio), e nomos (regra, autoridade ou lei) foi originariamente utilizada para expressar o autogoverno das cidades-estados independentes. Na década de 70 - tomando-se como referência o Relatório Belmont - a autodeterminação incorporou-se definitivamente à medicina como um valor moral e jurídico da relação médico-paciente, atribuindo a esse - o paciente - o poder de tomar

decisões sobre condutas inerentes a sua pessoa. O Relatório Belmont, publicado em 18 de abril de 1979, resumiu os trabalhos empreendidos pela National Comission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, criada pela lei conhecida como National Research Act (Pub. L. 93-348), de 12 de julho de 1974. Nele foram apresentados três dos quatro princípios bioéticos adotados universalmente: autonomia, beneficência e justiça. Respeito às pessoas (autonomia) e beneficência decorreram de propostas de H. Tristram Engelhardt; o filósofo Tom L. Beauchamp, que integrou a Comissão, propôs o princípio da justiça. O quarto princípio, a não maleficência (primum non nocere), surgiu no livro Princípios de ética biomédica, da autoria de Beauchamp e James F. Childress.

O respeito às pessoas, como diretriz para o consentimento informado, não foi originariamente concebido como instrumento de proteção contra riscos, mas como garantia da autonomia e da dignidade pessoal. Tom L. Beauchamp relata que em um dos rascunhos do Relatório Belmont, o de 3 de junho de 1976, o princípio do respeito às pessoas foi apresentado como princípio da autonomia, denominação que acabou aprovada pela Comissão.

Michael S. Yesley, diretor do staff profissional da National Comission, encontrou uma forma de sistematizar o significado de cada princípio, pela qual o princípio do respeito às pessoas deveria ser observado nas diretrizes do consentimento informado; o da beneficência, nas diretrizes para a avaliação do risco e do benefício; o da justiça, nas diretrizes para a seleção de pessoas, de sujeitos para as pesquisas.

Assim, o respeito às pessoas é, também no Código de Ética Médica, imperativo para a obtenção do consentimento informado, exigência contida no Capítulo IV - Direitos humanos: «É vedado ao médico: Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.» E, ainda, no Capítulo V - Relação com pacientes e familiares: «É vedado ao médico: Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte».

A resolução não avançou qualquer regulação sobre o sigilo médico. À medida que a decisão de interromper a gravidez nos casos de gestação de feto anencéfalo passou a ser questão restrita à relação médico-paciente, o sigilo se submete ao disposto no Capítulo IX do Código de Ética Médica. Sua quebra pode caracterizar, além de infração ética, crime tipificado no Código Penal.

Sobre a documentação a ser elaborada e inserida no prontuário da paciente, a resolução estabeleceu exigências. A primeira delas é a necessidade de duas fotografias do exame ultrassonográfico, que deve ser realizado, exclusivamente, por médico com capacitação para esse fim. Reafirmou-se, nos considerandos, o inteiro teor da Resolução CFM nº 1.361/92, de 9 de dezembro de 1992 (Publicada no D.O.U. de 14.12.92, Seção I, p. 17.186): «É da exclusiva competência do médico a execução e a interpretação do exame ultrassonográfico em seres humanos, assim como a emissão do respectivo laudo». Sobre o laudo, a resolução exige que seja emitido por, no mínimo, dois médicos. Além de instrumento do diagnóstico, as fotografias são, também, documentos médicos a serem preservados.

O requisito de pluralidade - laudo emitido por, no mínimo, dois médicos - não teve o objetivo de retirar a suficiência do diagnóstico feito por um só médico; antes, indica que o Conselho Federal de Medicina assegurou o direito a uma segunda opinião, nos termos do art. 39 do Código de Ética Médica. Essa exigência não afasta o direito de a própria paciente solicitar ou buscar outras opiniões ou, ainda, de ter acesso a uma junta médica. Por mais que haja segurança no diagnóstico de anencefalia realizado com a observância dos critérios estabelecidos - a resolução se refere a diagnóstico inequívoco - , esse é um direito inalienável da paciente.

Quanto à idade gestacional, a resolução estabelece que o diagnóstico inequívoco para a interrupção da gravidez só pode ser assegurado após a 12ª (décima segunda) semana de gestação. Essa limitação foi definida com base na leges artis. Se com a evolução das tecnologias médicas for possível, no futuro, obter o diagnóstico inequívoco de anencefalia com idade gestacional inferior, o Conselho poderá rever esse limite.

Ainda sobre os documentos, a resolução exige uma ata do procedimento. Essa formalidade foi inspirada naquela exigida pelo §1º do art. 10 da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar. O documento, obrigatoriamente escrito e assinado, deve conter todos os esclarecimentos necessários à tomada de decisão pela gestante, seguidos de seu consentimento.

A ata, as fotografias e o laudo do exame ultrassonográfico estão sujeitos às disposições constantes no Capítulo X – Documentos médicos do Código de Ética Médica e integram o prontuário da paciente.

Interrompida a gravidez, há justificada preocupação deste Conselho Federal com a recorrência de gestação de feto anencéfalo, que tem cerca de cinquenta vezes mais chances de ocorrer, se não forem adotados cuidados após a antecipação terapêutica do parto.

Esses cuidados incluem a contracepção imediata e, ainda, a assistência preconcepcional que deve anteceder uma nova gestação.

Estudos indicam que o uso diário de cinco miligramas de ácido fólico, por pelo menos dois meses antes da gestação, reduz pela metade o risco de anencefalia. Por isso, a resolução determina que a paciente seja referenciada para um serviço que também lhe assegure cuidados preconcepcionais, evidentemente se ela os desejar.

Determina ainda que, havendo disponibilidade, seja prestada assistência multidisciplinar tanto à paciente que decidir interromper a gravidez quanto àquela que optar por sua continuidade. Sobre esta última, a resolução assegura que a ela seja prestada assistência prénatal, não podendo haver qualquer diferenciação em razão da opção feita. Trata-se, contudo, de gravidez de alto risco, e a assistência médica deverá ser compatível com essa condição.

Por fim, a resolução é peremptória ao afirmar que a opção pela continuidade da gravidez não legitima o abandono da paciente ao seu próprio destino, independentemente da viabilidade ou da inviabilidade do feto.

São esses os motivos pelos quais o Conselho Federal de Medicina edita esta resolução.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA

Relator

JOSÉ HIRAN DA SILVA GALLO

Relator

JOSÉ FERNANDO MAIA VINAGRE

Relator

Anexo B

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

ATA DE INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO/ANTECIPAÇÃO TERAPÊUTICA DO PARTO EM SITUAÇÃO DE GRAVIDEZ COM ANENCEFALIA

Datar

Por meio deste instrumento e nesta data, avaliamos o requerimento de interrupção da gravidez/antecipação terapêutica do parto apresentado pela Senhora **NOME**, registro hospitalar n° **XXXXXX**, portadora do documento de identificação RG n° **XXXXXX** , SUS n° **XXXXXX**, residente na Rua **XXXXXX** n° **XXX**, cidade – estado, CEP **XXXXX-XXX**, fundamentado no diagnóstico de anencefalia, conforme Resolução CFM N° 1.989/2012 publicada no D.O.U. de 14 de maio de 2012, Seção I, p.308 e 309.

A senhora **NOME**, xx anos, apresenta gestação de xx semanas com diagnóstico de anencefalia (CID – 10 Q00.0) em exame de ultrassonografia, acompanhado de documentação fotográfica com pelo menos duas imagens em posição sagital e corte transversal do pólo cefálico, demonstrando inequívoca ausência de calota craniana e de parênquima cerebral identificável. O(A) médico(a) **NOME** avaliou a documentação fotográfica apresentada, concordando com o laudo compatível com anencefalia e assinando o exame, conforme estabelecido pela Resolução CFM N° 1.989/2012.

A senhora **NOME** foi esclarecida da condição clínica da anencefalia, do inexorável prognóstico fetal e dos riscos maternos envolvidos, tanto para a manutenção da gestação até o termo como para a interrupção da gestação/antecipação terapêutica do parto nesta idade gestacional. A senhora **NOME** foi comunicada sobre a possibilidade de manter ou não a gestação do feto anencefálico até o termo, manifestando desejo de interromper a gestação, conforme firmado nesta ata. A senhora **NOME** foi aclarada sobre os procedimentos que serão adotados para o abortamento medicamentoso, desconfortos possíveis, riscos inerentes, forma de assistência, forma de acompanhamento, e profissionais responsáveis por seu atendimento. A senhora **NOME** declara que todas as

suas dúvidas foram respondidas de forma clara e compreensível, não restando questões que a impeçam da tomada de decisão livre e esclarecida. Nada mais.

Cidade, **DIA** de **MÊS** de **ANO**.

ISBN 978-85-334-2127-1

DISQUE SAÚDE
136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

SUS

FEBRASGO

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA