



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

MATERNIDADE ESCOLA

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

ÁREA DE ATUAÇÃO EM MEDICINA FETAL



Juliana dos Santos Valentim da Silva

<http://lattes.cnpq.br/3119427832363932>

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL: INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO EM FETOS
COM MALFORMAÇÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA.**

Rio de Janeiro

2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
ÁREA DE ATUAÇÃO EM MEDICINA FETAL

Juliana dos Santos Valentim da Silva
<http://lattes.cnpq.br/3119427832363932>

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL: Interrupção da gestação em fetos
com malformações incompatíveis com a vida.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte
dos requisitos necessários à obtenção do título de
Residência em Obstetrícia e Ginecologia – Área de
Atuação em Medicina Fetal

Orientador: Ivo Basílio da Costa Júnior
<http://lattes.cnpq.br/4804960509016697>

Rio de Janeiro
2024

RESUMO

Introdução: O advento da medicina fetal possibilitou o diagnóstico de diversas anomalias congênitas ainda no período pré-natal. Ter conhecimento sobre tais anomalias, que configuram a segunda maior causa de morte neonatal no Brasil, favorece a melhor assistência à pessoa gestante, alinha expectativas em relação à gestação e nascimento, além de trazer à luz a possibilidade de interrupção da gestação em casos de alterações fetais invariavelmente letais no período neonatal e nas quais, portanto, não haveria benefícios materno-fetais em prosseguir com a gestação. **Objetivos:** Confeccionar o protocolo assistencial para casos passíveis de interrupção da gestação por malformações fetais invariavelmente letais no período neonatal. **Material e Métodos:** Revisão da literatura médica, leis e resoluções relacionadas à interrupção da gestação em casos de malformações fetais invariavelmente letais no período neonatal. **Conclusão:** O tema é de grande relevância visto que prosseguir uma gestação de feto com alterações invariavelmente letais no período neonatal gera intenso sofrimento psíquico, além de submeter a gestante aos riscos inerentes à gestação de forma desnecessária e frustra. O protocolo assistencial advém da necessidade de um fluxo de cuidados e orientações para garantir acolhimento médico e psicológico, brevidade nos trâmites burocráticos, padronizar o procedimento, prescrições e seguimento, e, assim, prover desfecho digno à paciente.

Palavras-chave: Aborto legal; Anormalidades congênitas; Natimorto

ABSTRACT

Introduction: The advent of fetal medicine has enabled the prenatal diagnosis of various congenital anomalies, which represent the second leading cause of neonatal mortality in Brazil. Early identification of these anomalies enhances prenatal care, allows for informed planning regarding pregnancy and delivery, and provides the option to consider pregnancy termination in cases of invariably lethal fetal conditions. Such decisions may prevent maternal-fetal harm when the continuation of pregnancy offers no therapeutic benefit. **Objective:** To develop a care protocol for managing cases eligible for pregnancy termination due to invariably lethal fetal malformations identified in the prenatal period. **Materials and Methods:** This study involved a comprehensive review of medical literature, legal frameworks, and ethical resolutions concerning pregnancy termination in cases of invariably lethal fetal malformations. **Conclusion:** The development of a care protocol is crucial, as the obligation to continue a pregnancy under such circumstances imposes significant psychological distress on the pregnant individual and subjects them to unnecessary risks. The proposed protocol emphasizes the importance of structured care pathways, timely psychological and medical support, reduction of bureaucratic delays, and standardized procedures for decision-making, prescriptions, and follow-up. This approach aims to ensure dignified and compassionate care, representing a significant advancement in patient well-being.

Key-words: Abortion, Legal; Congenital Abnormalities; Stillbirth

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVO	6
3 JUSTIFICATIVA	6
4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	7
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	7
6 MATERIAL E MÉTODOS	10
7 RESULTADO.....	11
8 DISCUSSÃO.....	17
9 CONCLUSÃO	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
ANEXO A	21
ANEXO B.....	22
ANEXO C	24
ANEXO D	26
APÊNDICE	30

1. INTRODUÇÃO

O advento da medicina fetal possibilitou o diagnóstico de diversas anomalias congênitas ainda no período pré-natal. As anomalias congênitas fetais constituem um grupo heterogêneo com diferentes fatores etiológicos e configuram a segunda maior causa de mortalidade no primeiro ano após o nascimento no Brasil (WHO, 2014).

As anomalias incompatíveis com a vida podem ser detectadas precocemente por ultrassonografia e exames genéticos. A anencefalia, por exemplo, pode ser identificada durante a ultrassonografia morfológica do primeiro trimestre. Já as alterações cromossômicas, frequentemente requerem exames genéticos complementares. No que diz respeito à etiologia genética, tratando-se de anomalias congênitas incompatíveis com a vida, as trissomias dos cromossomos 13 e 18 são as mais comuns, também denominadas síndrome de Patau e Edwards, respectivamente. Tal fato se deve à alta ocorrência de malformações graves dos sistemas neurológico, cardiorespiratório, renal, gastrointestinal e musculoesquelético relacionadas a estas síndromes (GOEL *et al*, 2019).

O Art. 128 do Código Penal Brasileiro de 1940¹, permite a interrupção voluntária da gravidez nos casos de estupro, ou quando a gravidez representa risco de vida para a mãe. Em 2012, a ADPF 54² – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental - do SFT), garantiu a interrupção terapêutica da gestação em casos de diagnóstico inequívoco de anencefalia. Em consonância com a ADPF 54, a Resolução nº 1.989 de 14 de maio de 2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM)³, estabelece as diretrizes para o diagnóstico de anencefalia. É permitido, portanto, que a pessoa gestante opte entre a manutenção da gravidez ou antecipação terapêutica do parto.

¹ Art. 128. Não se pune o aborto praticado por médico: Aborto necessário I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante; Aborto no caso de gravidez resultante de estupro. II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

² Disponível em <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>. Acesso em: set. 2024.

³ Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2012/1989_2012.pdf. Acesso em: 20 set. 2024

As demais anomalias congênitas, irreversíveis e incompatíveis com a vida estão condicionadas à autorização judicial, caso seja desejo livre e esclarecido da pessoa gestante a interrupção da gestação.

É possível notar que, desde o diagnóstico até a decisão por manutenção ou interrupção da gestação, a pessoa gestante e sua rede de apoio vivenciam grande sofrimento psíquico. Quando a opção é por interrupção legal da gestação e há a necessidade de autorização judicial, a pessoa gestante é atravessada, também, pela incerteza e espera inerentes à burocracia judicial. Esta, conforme Ferreira da Costa (2005), é associada a um forte sentimento de humilhação, por ter que preocupar-se em obter autorização judicial neste momento tão doloroso da vida e gravidez.

Não há, para estas vivências, uma forma ou fórmula eficaz para evitar a quebra de expectativas em relação ao feto e ao futuro idealizados desde o diagnóstico da gestação. Porém, o acolhimento e seguimento multidisciplinar podem prover maior dignidade e conforto a esta experiência traumática.

2. OBJETIVO

Elaborar o protocolo assistencial de interrupção da gestação por anomalia fetal incompatível com a vida.

3. JUSTIFICATIVA

Necessidade de padronizar e facilitar o fluxo de atendimento dos casos passíveis de interrupção da gestação por anomalia fetal incompatível com a vida, não abrangidos pelo Art. 128, incisos I e II do Código Penal e pela ADPF 54.

No Serviço de Medicina Fetal da Maternidade Escola da UFRJ há uma grande demanda para esse tipo de procedimento, por ser um hospital de referência para anomalias fetais.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O trabalho foi submetido para análise no Comitê de Ética em Pesquisa da ME-UFRJ e aprovado com o número 7.161.909 em 16 de outubro de 2024 (anexo D). Foi elaborado consoante a resolução CNS 466/2012 e obedece a circular 166/2018-CONEP/SECNC/MS, que determina que todos os estudos sejam previamente submetidos ao CEP, antes de qualquer divulgação.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

Os defeitos congênitos afetam cerca de 5% dos recém-nascidos e cerca de metade das anomalias maiores são detectadas apenas ao nascimento. O advento da medicina fetal possibilitou o diagnóstico de diversas anomalias congênitas ainda no período pré-natal (PERALTA *et al*, 2022; WHO, 2014).

As anomalias congênitas, que são representadas por anomalias estruturais do embrião ou feto em desenvolvimento, são classificadas em 4 tipos: malformação, deformação, rompimento e displasia. As malformações, que podem ser únicas ou múltiplas, são defeitos morfológicos de um ou mais órgãos que geram um desenvolvimento intrinsecamente anormal, ou seja, um desenvolvimento anormal desde o início deste. As deformações referem-se a um contorno, forma ou posição anormais de uma ou mais partes do corpo do feto. Estas são causadas por forças mecânicas intrínsecas ou extrínsecas anteriores ao nascimento. O rompimento relaciona-se ao desarranjo de um tecido previamente normal, isto deve-se a fatores extrínsecos como infecção, teratógenos ou traumas. Já a displasia corresponde a uma organização anormal das células em um tecido, o que gera resultados morfológicos alterados, podendo afetar, portanto, vários órgãos por se tratar de um transtorno do arranjo celular (LEITE *et al*, 2009).

Os conceitos de sequência, associação e síndrome ajudam a categorizar os diferentes tipos de anomalias congênitas com base em como elas estão relacionadas. Sequência refere-se a uma série de anomalias que surgem de uma única alteração inicial que desencadeia um efeito em cascata. Essa alteração inicial pode ser genética, ambiental ou mecânica. Já a associação é um agrupamento não aleatório de anomalias congênitas que ocorrem juntas mais frequentemente do que

seria esperado ao acaso, mas que não têm uma causa comum conhecida. Ao contrário das síndromes, associações não têm uma explicação genética ou embriológica identificada. As síndromes são um conjunto de anomalias que geralmente se repetem em um padrão constante e compartilham uma etiologia específica. Estas podem ser causadas por mutações, deleções cromossômicas ou alterações metabólicas (MOORE, 2016).

As anomalias fetais incompatíveis com a vida podem ser detectadas precocemente por ultrassonografia e exames genéticos. A anencefalia, por exemplo, pode ser identificada já no primeiro trimestre durante a ultrassonografia morfológica. Já as alterações cromossômicas, frequentemente demandam exame genético complementar.

Os casos de anencefalia, conforme a ADPF 54 – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental - do SFT), não necessitam de autorização judicial. A Resolução nº 1.989 de 14 de maio de 2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM), estabelece diretrizes para o diagnóstico de anencefalia. Estas diretrizes abrangem a conduta ética do médico, exame adequado para o diagnóstico, informações que devem constar no prontuário do paciente e o apoio multidisciplinar necessário. Esta resolução permite que a pessoa gestante opte entre a manutenção da gravidez ou antecipação terapêutica do parto.

No que tange o diagnóstico, o exame ultrassonográfico é realizado a partir da décima segunda semana de gestação e este deve conter: duas fotografias, identificadas e datadas 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; laudo assinado por dois médicos, capacitados para tal diagnóstico. Para realizar o procedimento a pessoa gestante e/ou, se for o caso, seu representante legal, deve ler, compreender e assinar o termo de consentimento. Será lavrada ata da antecipação terapêutica do parto, na qual deve constar o consentimento da pessoa gestante. A ata, as fotografias e o laudo do exame referido integrarão o prontuário da paciente.

Cabe ressaltar que no momento do diagnóstico de anencefalia, o profissional deve acolher, orientar e sanar as dúvidas da pessoa gestante e sua rede

de apoio. Isentando-os de culpa pela malformação em questão. É importante informar, também, que a decisão por manter ou interromper a gestação é pessoal e intrasferível.

O Art. 128 do código penal brasileiro de 1940, permite a interrupção voluntária da gravidez nos casos de violência sexual, ou quando a gravidez representa risco de vida para a mãe. Mais recentemente, a supracitada ADPF 54 – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental - do SFT), garantiu a interrupção terapêutica da gestação em casos de diagnóstico inequívoco de anencefalia. As demais anomalias congênitas, irreversíveis e incompatíveis com a vida estão condicionadas à autorização judicial, caso seja desejo livre e esclarecido da pessoa gestante a interrupção da gestação.

No que diz respeito à etiologia genética, tratando-se de associação com anomalias congênitas incompatíveis com a vida, as trissomias dos cromossomos 13 e 18 são as mais comuns, também denominadas síndrome de Patau e Edwards, respectivamente. Tal fato deve-se a alta ocorrência de malformações graves dos sistemas neurológico, cardiorrespiratório, renal, gastrointestinal e musculoesquelético relacionadas a estas síndromes (GOEL *et al*, 2019).

Casos específicos de anomalias fetais irreversíveis e invariavelmente letais, que são diagnosticados durante exame ultrassonográfico detalhado também são elegíveis para solicitação de interrupção da gestação. É notório que a avaliação por médico especialista em medicina fetal e, portanto, conhecedor de tais anomalias, se faz imprescindível. Exemplos destes casos, são a holoprosencefalia alobar, as displasias esqueléticas letais, agenesia renal bilateral, sequência de extrofia fetal, entre outros (PERALTA *et al*, 2022; LEITE *et al*, 2009).

Segundo Rosser *et al* (2022), as principais causas de interrupção tardia da gestação na Austrália foram as malformações neurológicas, seguido pelas aneuploidias, síndromes genéticas e malformações cardíacas.

De acordo com Westphal *et al* (2016) as gestantes que decidem por não interromper a gestação, têm mais complicações durante a gravidez e puerpério do que as que decidem interromper a gestação. Nestas gestações as complicações mais frequentes são as relacionadas ao volume de líquido amniótico, parto prematuro, ruptura prematura de membranas, cesariana, distocia de ombros e óbito fetal.

No puerpério as mais frequentes foram as síndromes hipertensivas gestacionais, seguidas de hipotonia e atonia uterina, ambas relacionadas ao espectro da hemorragia puerperal e suas consequências maternas fatais. Porém, não é possível afirmar que tais complicações maternas estejam diretamente relacionadas às patologias fetais.

É possível notar que, desde o diagnóstico até a decisão por manutenção ou interrupção da gestação, a pessoa gestante e sua rede de apoio vivenciam grande sofrimento psíquico. Quando a opção é por interrupção legal da gestação e há a necessidade de autorização judicial, a pessoa gestante é atravessada, também, pela incerteza e espera inerentes à burocracia judicial. Esta, conforme Ferreira da Costa *et al* (2005), é associada a um forte sentimento de humilhação, por ter que preocupar-se em obter autorização judicial neste momento tão doloroso da vida e gravidez.

Não há, para estas vivências, uma forma ou fórmula eficaz para evitar a quebra de expectativas em relação ao feto e ao futuro idealizados desde o diagnóstico da gestação. Porém, o acolhimento e seguimento multidisciplinar podem prover maior dignidade e conforto a esta experiência traumática. Desta forma, torna-se de grande relevância que as equipes de saúde, nos diversos níveis de assistência, tenham conhecimento sobre tais alterações fetais incompatíveis com a vida, bem como das condutas médicas e legais possíveis. O aconselhamento e apoio profissional, pautados na comunicação educativa, possibilitam a tomada de decisão através da reflexão e com todas as dúvidas sanadas. Outrossim, tal fluxo de condutas, quando bem estabelecido e padronizado, ameniza o inevitável sofrimento.

6. MATERIAL E MÉTODOS

O protocolo assistencial foi confeccionado utilizando-se de revisão da literatura médica, leis e resoluções relacionadas à interrupção da gestação em casos de anomalias fetais invariavelmente letais no período neonatal. Este protocolo não será divulgado de forma ampla na internet, pois destina-se ao uso institucional e não tem previsão legal, sendo necessário a autorização judicial antes de realizar qualquer procedimento.

Importante destacar que o TCLE, a Solicitação da interrupção da gestação, bem como a Ata da Comissão de Ética da Maternidade Escola da UFRJ encontram-se em anexo (Anexos A, B e C) e já são utilizados pela equipe de Medicina Fetal.

A revisão da literatura médica foi realizada em livros texto, e nas plataformas *PubMed* e *Scielo* sem restrição de tempo ou tipo de publicação, com os descritores “Malformações fetais letais”, “Interrupção da gestação” e “Incompatível com a vida”. A seleção foi realizada por avaliação qualitativa dos artigos. As leis e resoluções utilizadas são apenas do Brasil, haja vista questões éticas e legais envolvidas.

Local do Estudo: A Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME-UFRJ) é instituição de ensino certificada, pela Portaria interministerial do Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), segundo Portaria interministerial MEC/MS - IM/MEC/MS Nº 2160 de 30/09/2013 e a PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 2.302, DE 30 DE JULHO DE 2018.

Encontra-se localizada na cidade do Rio de Janeiro, na Região Sudeste do Brasil. É vinculada à Universidade Federal do Rio de Janeiro e recebe alunos de graduação e pós-graduação das faculdades da área da saúde. É unidade de referência da área programática AP 2.1 do município do Rio de Janeiro (BRASIL, 2013) e atende à demanda de forma espontânea e referenciada. Realiza atendimento de pré-natal de baixo e alto risco, que inclui as consultas médicas e da equipe multiprofissional, e todos os exames de ultrassonografia e/ou Dopplerfluxometria necessários, além dos exames laboratoriais.

7. RESULTADO (APÊNDICE)

8. DISCUSSÃO

A interrupção da gestação é tema polêmico no Brasil, haja vista os aspectos políticos e ideológico que o envolvem. É sabido que estas questões permeiam e limitam a interrupção irrestrita da gestação no Brasil, porém não devem ser instrumento para negligenciar pacientes que têm direito ao procedimento, ou que podem buscar autorização judicial para o mesmo. Porém, quando se trata de medicina baseada em evidências científicas, tais questões, não podem se sobrepor às boas práticas.

A lei que prevê interrupção da gestação em casos de violência sexual ou risco de vida materno é datada de 1940, e mesmo 84 anos após sua criação, observa-se que a desinformação em relação aos direitos dos pacientes, fluxo de atendimento nestes casos, além da objeção de consciência, são impeditivos para que o direito da pessoa gestante seja garantido. Para além das questões éticas e legais, deve-se ter em mente que se trata da vida sexual, futuro reprodutivo e questões psicológicas de pessoas em situação de vulnerabilidade seja por sofrimento físico e psíquico, seja por questões socioeconômicas inerentes ao cenário demográfico do Brasil.

Ao discutir o tema e comparar a literatura médica internacional sobre o assunto, nota-se que são inúmeras as anomalias fetais passíveis de interrupção da gestação, antes da viabilidade, em países nos quais este procedimento é permitido. Observa-se que muitas delas não são invariavelmente letais, apesar de possuírem um prognóstico pós-natal reservado. O prognóstico, portanto, é variável de acordo com as anomalias associadas. Desta forma, nestes locais, há maior abrangência dos casos nos quais a interrupção da gestação pode ser oferecida antes da viabilidade.

Cabe ressaltar que a interrupção da gestação não é colocada como mandatória, mas sim como possibilidade e ferramenta de boa assistência. A pessoa gestante pode ou não solicitar a interrupção e, mesmo quando autorizada judicialmente, pode revogar o pedido a qualquer momento, antes do procedimento. Caso seja desejo da pessoa gestante manter a gestação, ou caso a autorização judicial não seja concedida, os cuidados pré-natais são de acordo com a rotina institucional.

Em relação às limitações para o diagnóstico genético, na Maternidade Escola da UFRJ, devido a disponibilidade limitada de técnicas laboratoriais, é realizado apenas o cariótipo fetal. Porém, cabe salientar que há outras formas de diagnóstico genético como a hibridização *in situ* fluorescente, *microarray*, exoma e PCR 5 cromossomos.

Ao elaborar o protocolo, notou-se que é de grande relevância que as equipes de saúde, nos diversos níveis de assistência, tenham conhecimento sobre tais alterações fetais incompatíveis com a vida, bem como das condutas médicas e legais possíveis. O aconselhamento e apoio profissional, pautados na comunicação educativa, possibilitam a tomada de decisão através da reflexão e com todas as

dúvidas sanadas. Portanto, com o fluxo de condutas bem estabelecido e padronizado, conforme o protocolo, é possível amenizar o sofrimento e prover uma assistência digna, de qualidade e respeitando os princípios legais e éticos.

Os termos utilizados no presente protocolo, e que podem ser normatizados para evitar falas intrinsecamente preconceituosas, visam abranger pessoas com útero de todas as identidades de gênero.

Por tratar-se de um protocolo assistencial que inclui casos que demandam autorização judicial, cabe ressaltar que o mesmo é para uso restrito pelos profissionais da Maternidade Escola da UFRJ, não devendo, portanto, ser amplamente divulgado na internet.

9. CONCLUSÃO

A elaboração deste protocolo teve como desfecho a criação de uma base científica, jurídica e ética, para o auxílio da equipe de saúde na tomada de decisões, e na uniformização de condutas. Assim, pode-se contribuir para a segurança do paciente ao reduzir erros, inclusive éticos e jurídicos, e provendo condutas assertivas e com menos variabilidade.

Este instrumento tem o potencial de guiar e auxiliar a equipe frente aos casos de malformações fetais incompatíveis com a vida. O aconselhamento e apoio profissionais, pautados em princípios éticos e legais, além da comunicação educativa, possibilitam a tomada de decisão através da reflexão e com todas as dúvidas sanadas. Desta forma, é possível que a realização da interrupção da gestação seja realizada com o mínimo de complicações e com maior êxito e qualidade para o paciente.

Referências bibliográficas

BRASIL. Decreto-Lei Nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Art. 128. **D.O.U.** de 31.12.1940 e retificado em 3.1.1941.

BRASIL. Resolução CFM nº 1989. **D.O.U.**, seção I, p, 308-309, 14 mai. 2012. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2012/1989_2012.pdf. Acesso em: 20 set. 2024

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54**. Distrito Federal. Requerente: Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS. Relator: Min. Marco Aurélio. 12 de abril de 2012. Disponível em <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>. Acesso em: 20 set. 2024.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. **Misoprostol ONLY Dosing Chart. Recommended Regimens 2023**. Disponível em: <https://www.figo.org/figo-mifepristone-misoprostol-and-misoprostol-only-dosing-charts-2023> . Acesso em: 20 set. 2024.

FERREIRA DA COSTA, L.L. *et al.* Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality Incompatible with Life: Women's Experiences in Brazil. **Reproductive Health Matters**, v. 13, n. 21, p. 139-146, 2005.

GOEL, N. *et al.* Trisomy 13 and 18—Prevalence and mortality—A multi-registry population based analysis. **American Journal of Medical Genetics Part A**, v. 179, n.12, p. 2382-2392, dez. 2019.

ROSSER, S. *et al.* Late termination of pregnancy at a major Queensland tertiary hospital, 2010–2020. **The Medical Journal of Australia**, v. 217, n. 8, p. 410-414, out. 2022.

WESTPHAL, F. *et al.* Association of gestational age with the option of pregnancy termination for fetal abnormalities incompatible with neonatal survival. **Einstein**, São Paulo. v.14, n. 3, p. 311-316, jul./set. 2016.

WESTPHAL, F. *et al.* Maternal risks and predictor factors for the termination of pregnancy in fetuses with severe congenital anomaly: experience from a single reference center in Brazil. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, United Kingdom, v. 29, n.23, p. 3762-3767, out. 2016.

World Health Organization (WHO), Centers for disease Control (CDC), International Clearinghouse for Birth Defects (ICBDSR). **Birth defects surveillance: a manual for programme managers**. Genova, 2014.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T.V.N. **Embriologia Clínica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

PERALTA, C.F.A *et al.* Malformações Fetais. In: REZENDE FILHO, Jorge. **Obstetrícia**. 14. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2022, p. 982-1058.

LEITE, J.M *et al.* Síndromes Fetais. In: CALLEN, Ellen. **Ultrassonografia obstétrica e ginecológica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015, p. 112-180.

ANEXO A – Solicitação de antecipação do parto por anomalia congênita

Eu, _____, portadora do documento de CPF nº _____, estou ciente que o meu diagnóstico é de gestação com feto portador de _____ diagnosticada por exame ultrassonográfico / cariótipo fetal e confirmado por dois médicos ultrassonografistas. Estando perfeitamente lúcida e esclarecida, solicito que seja feita a antecipação terapêutica do meu parto, já que o meu filho não terá condições de sobrevivência após o nascimento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) solicitante

ANEXO B - Termo de Consentimento Esclarecido Pós Informação Antecipação de Parto em Anomalia Fetal.

Eu _____, em reunião na Sala das Comissões Assessoras da Maternidade Escola da UFRJ no dia _____ às _____h, com o médico da Comissão de Ética Médica (CEM) da Maternidade Escola da UFRJ, Dr(a). _____, CRM/RJ _____, fui informado(a) sobre a minha situação, devido à anomalia congênita de meu bebê.

Fui esclarecido(a) e entendi que o desejo de não prosseguir com a gestação é meu. Fui esclarecido(a) que posso desistir dessa manifestação a qualquer hora, até a sua realização. Fui esclarecido(a) que minha gestação é de feto com _____ e o recém-nascido não tem condições de vida extrauterina, isto é, após o nascimento.

Em exames realizados por dois médicos diferentes identificou-se tais alterações fetais graves. Fui esclarecido(a) na Medicina Fetal da Maternidade Escola da UFRJ que a interrupção da gestação se faz habitualmente por indução do parto por medicação que promove a contração uterina. Fui informado(a) pela CEM, e já sei que haverá inicialmente um procedimento na Medicina Fetal, onde será injetada medicação no coração do feto que promoverá cessação dos batimentos cardíacos. Fui esclarecido(a) de que esta injeção pode, muito raramente, ter intercorrências e haver danos ao meu bem estar. Estas condições poderão ser tratadas no local onde é feito o atendimento. Fui esclarecido(a) pelos médicos da CEM que às vezes a indução do parto pode ser demorada, durando até dias. Fui informado(a) e entendi que pode haver necessidade de mudanças da técnica de indução do parto e pode eventualmente haver necessidade de uma intervenção cirúrgica (microcesárea). Fui informado(a) de que no processo pode ocorrer infecção, hemorragia, rotura uterina, podendo haver necessidade de transfusão de sangue. Na eventualidade de permanecer restos ovulares intrauterinos, haverá necessidade de uma curetagem ou vácuo-aspiração com anestesia.

O(a) Dr(a). _____ me perguntou se eu tinha entendido o que me havia sido explicado. Disse-me que

eu poderia fazer perguntas para esclarecer o que não havia ficado claro. Eu disse que estou satisfeito(a) com as explicações da CEM. Perguntou-me se eu estava certo(a) da minha decisão de antecipar o parto ou se desejava refletir melhor, podendo voltar outro dia. Disse que estou firme em minha decisão. Foi dito que eu teria direito a assistência psicológica antes, durante e depois do procedimento. Declaro que tenho certeza de minha decisão de antecipar o parto.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) solicitante

ANEXO C - Ata de Pedido Para Antecipação Terapêutica do Parto

Solicitante: _____

Em ____ de _____ de ____ estiveram reunidos na sala das Comissões Assessoras, a pessoa gestante Sr(a). _____
_____, carteira de identidade nº _____,
juntamente com Dr(a). _____, CRM/RJ
_____ e Dr(a). _____
CRM/RJ _____, representantes da Comissão de Ética Médica da Maternidade Escola da UFRJ. Sendo recebida a solicitação feita pelo(a) Sr(a). _____ para que, em decorrência do diagnóstico e confirmação ultrassonográfica de sua gestação ser de feto com _____, condição, invariavelmente, LETAL após o nascimento. A pessoa gestante instada pelos dois médicos citados da Maternidade Escola da UFRJ, diz que sua opinião é definitiva e foi elaborada de acordo com sua consciência, não sofrendo qualquer tipo de influência ou coação de quem quer que seja. A(o) paciente encontra-se no momento, lúcida(o), orientada(o), entendendo perfeitamente as consequências de sua decisão. No momento está calma(o), não estando sob a ação de medicação psicoativa ou uso de álcool. A(o) Sr(a). _____ confirmou que é seu desejo antecipar o parto de seu concepto. O(a) Dr(a). _____ e o(a) Dr(a) _____ informaram que essa sua decisão apesar de ser definitiva pode ser revogada a qualquer momento até a sua realização.

O(a) Dr(a). _____ explicou como será feito todo procedimento pela equipe de Obstetrícia, suas possíveis consequências e a possibilidade de ocorrência de mudanças dos métodos utilizados na antecipação do parto, podendo haver necessidade de realização de uma intervenção cirúrgica como curetagem uterina. Foi explicado à paciente, que embora pouco frequente possa ocorrer complicações, tais como hemorragia, infecção e etc. A(o) paciente foi informada(o) que poderá haver necessidade da

realização de uma anestesia e suas possíveis intercorrências. Reinquirida pelos médicos(as) a(o) Sr(a). _____

confirmou o desejo de antecipar o seu parto.

Foi assistida(o) pela Psicologia da Maternidade Escola. A(o) paciente assina livremente este termo de solicitação e consentimento.

Parecer: Favorável.

A Comissão de Ética Médica da Maternidade Escola avaliou o caso em tela visto que se trata de uma gestação com malformação incompatível com a vida pós-natal.

Em decorrência essa Comissão julga favoravelmente a solicitação formulada pelo casal quanto à antecipação do parto avaliada também aspecto psicológico da paciente.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

De acordo:

Assinatura e carimbo

Assinatura e carimbo

ANEXO D

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Protocolo assistencial: Interrupção da gestação em fetos com malformações incompatíveis com a vida

Pesquisador: JULIANA DOS SANTOS VALENTIM DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82980424.7.0000.5275

Instituição Proponente: Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.161.909

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa apresentado à Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residência em Obstetrícia e Ginecologia, Área de Atuação em Medicina Fetal: PROTOCOLO ASSISTENCIAL: INTERRUÇÃO DA GESTAÇÃO EM FETOS COM MALFORMAÇÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA

Objetivo da Pesquisa:

-Propor a elaboração de um protocolo assistencial de interrupção da gestação por malformação fetal incompatível com a vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos potenciais, segundo resolução 466/2012 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Este estudo, por tratar-se de criação de protocolo assistencial, pode gerar riscos visto que as orientações nele descritas têm impacto direto na conduta médica. Cabe citar, também, casos de interpretação errônea do mesmo, bem como eventuais modificações às custas de novas evidências científicas.

Benefícios:

Os benefícios, oriundos desta pesquisa, são a divulgação interna do protocolo assistencial, visando otimizar e padronizar a assistência médica com condutas assertivas e éticas, pautadas

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180

Bairro: Laranjeiras

CEP: 22.240-905

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2556-6747

Fax: (21)2205-5194

E-mail: cep@me.ufrj.br

UFRJ - MATERNIDADE
ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
/ ME-UFRJ



Continuação do Parecer: 7.161.909

em evidências científicas atuais, resoluções e leis brasileiras.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa factível de realização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos solicitados foram

Todos presente.

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras CEP: 22.245-003
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-6747 Fax: (21)2556-5194 E-mail: csp@me.ufrj.br

Página 02 de 03

**UFRJ - MATERNIDADE
ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
/ ME-UFRJ**



Continuação do Parecer: 7.161.909

Recomendações:

Todas recomendações foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa de acordo para realização.

Considerações Finais a critério do CEP:

OBS: De acordo com a Resolução CNS 466/2012, inciso XI.2., e com a Resolução CNS 510/2016, artigo 28, incisos III, IV e V, cabe ao pesquisador:

- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção
- apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_2415499.pdf	02/10/2024 20:05:45		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_tcc_final.pdf	02/10/2024 20:01:57	JULIANA DOS SANTOS VALENTIM DA SILVA	Aceito
Outros	Projeto_Corrigido.pdf	02/10/2024 19:59:07	JULIANA DOS SANTOS VALENTIM DA SILVA	Aceito
Outros	Apendico_A_Proposta_protocolo.pdf	02/10/2024 19:57:03	JULIANA DOS SANTOS VALENTIM DA SILVA	Aceito
Solicitação registrada pelo	Resposta_pendencia.pdf	02/10/2024 19:55:15	JULIANA DOS SANTOS VALENTIM	Aceito

Endereço: Rua das Laranjeiras, 190
 Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-000
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2555-0747 Fax: (21)2555-5194 E-mail: cep@me.ufrj.br

**UFRJ - MATERNIDADE
ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
/ ME-UFRJ**



Continuação do Parecer: 7.161.908

CEP	Resposta_pendencia.pdf	02/10/2024 19:55:15	DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOJ.pdf	05/09/2024 14:23:59	JULIANA DOS SANTOS VALENTIM DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 16 de Outubro de 2024

Assinado por:
Cláudia Saunders
(Coordenador(a))

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-003
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2255-9747 Fax: (21)2255-5194 E-mail: cep@me.ufrj.br

Página 02 de 02



INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO

EM MALFORMAÇÕES FETAIS

INCOMPATÍVEIS COM A VIDA

OBSTETRÍCIA

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

O advento da medicina fetal possibilitou o diagnóstico de diversas anomalias congênitas ainda no período pré-natal. Ter conhecimento sobre tais anomalias, que configuram a segunda maior causa de morte neonatal no Brasil, favorece a melhor assistência à pessoa gestante, alinha expectativas em relação à gestação e nascimento, além de trazer à luz a possibilidade de interrupção da gestação em casos de alterações fetais invariavelmente letais no período neonatal. O Art. 128 do código penal brasileiro de 1940, permite a interrupção voluntária da gravidez nos casos de violência sexual, ou quando a gravidez representa risco de vida para a mãe. Mais recentemente, a ADPF 54 (Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental do Supremo Tribunal Federal) possibilitou a interrupção da gestação em caso de diagnóstico inequívoco de anencefalia. Porém, as demais anomalias congênitas, irreversíveis e incompatíveis com a vida, estão condicionadas à autorização judicial, caso seja desejo livre e esclarecido da pessoa gestante a interrupção da gestação

FLUXOGRAMA DA ASSISTÊNCIA

Acolhimento

O Serviço de Medicina Fetal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME-UFRJ) conta com o apoio multiprofissional visando acolhimento e assistência integral à pessoa gestante.

Os casos de anomalias fetais letais advêm de:

- Pacientes que realizam a assistência pré-natal na ME-UFRJ e recebem o diagnóstico durante o acompanhamento pré-natal;
- Pacientes encaminhadas, via Sistema Nacional de Regulação (SISREG), ao Serviço de Medicina Fetal da ME-UFRJ, devido alterações ultrassonográficas sugestivas de anomalia fetal;

- Pacientes encaminhadas, via rede privada de assistência por contato direto com os profissionais responsáveis pelo serviço, devido alterações ultrassonográficas sugestivas de anomalia fetal.

O exame ultrassonográfico é realizado de forma cuidadosa, fornecendo informações e sanando as dúvidas durante o mesmo.

- O serviço de psicologia acompanha e fornece apoio à pessoa gestante, tanto durante o exame quanto durante os procedimentos invasivos, quando realizados.

- A pessoa gestante e sua rede de apoio, passam por atendimento psicológico e têm autonomia para tomar as decisões em relação à gestação no momento em que julgarem oportuno. É importante ressaltar que a decisão por manter ou interromper a gestação é da pessoa gestante e/ou, se for o caso, do seu representante legal.

Solicitação do procedimento

- A pessoa gestante que opta por dar seguimento à solicitação de interrupção da gestação na justiça, recebe os documentos presentes nos Anexos A, B e C.

- Cópias destes documentos, bem como os resultados dos exames realizados são anexados ao prontuário médico.

- Caso a decisão judicial seja a favor da interrupção da gestação, após a emissão do alvará, a maternidade tem autorização legal para prosseguir com o procedimento de interrupção da gestação.

- O dia e horário são acordados de acordo com a disponibilidade da paciente e dos profissionais habilitados para o procedimento.

- O paciente é orientado a comparecer à maternidade em jejum de 8 horas. É realizada a internação e os exames conforme protocolo institucional.

CASOS ELEGÍVEIS

Anencefalia

A Resolução nº 1.989 de 14 de maio de 2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM), estabelece diretrizes para o diagnóstico de anencefalia. Estas diretrizes abrangem a conduta ética do médico, exame adequado para o diagnóstico, informações que devem constar no prontuário do paciente e o apoio multidisciplinar necessário. Esta resolução permite que a pessoa gestante opte entre a manutenção da gravidez ou antecipação terapêutica do parto. Diagnóstico e condutas:

- Exame ultrassonográfico realizado a partir da décima segunda semana de gestação que deve conter: Duas fotografias, identificadas e datadas 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;

- Laudo assinado por dois médicos, capacitados para tal diagnóstico.

- Para realizar o procedimento a pessoa gestante e/ou, se for o caso, seu representante legal, deve ler,

compreender e assinar o termo de consentimento.

- Será lavrada ata da antecipação terapêutica do parto, na qual deve constar o consentimento da pessoa gestante.

- A ata, as fotografias e o laudo do exame referido integrarão o prontuário médico da paciente.

Síndromes genéticas

No que diz respeito à etiologia genética, tratando-se de associação com anomalias congênitas incompatíveis com a vida, as trissomias dos cromossomos 13 e 18 são as mais comuns, também denominadas síndrome de Patau e Edwards, respectivamente. Tal fato deve-se a alta ocorrência de malformações graves dos sistemas neurológico, cardiorespiratório, renal, gastrointestinal e musculoesquelético relacionadas a estas síndromes.

Diagnóstico e condutas:

- Para o diagnóstico preciso, bem como solicitação judicial, a amniocentese para cariótipo fetal é oferecida ao paciente.

- Após o resultado, se confirmada a hipótese diagnóstica, caso seja o desejo livre e esclarecido do paciente a interrupção, os laudos da ultrassonografia contendo as malformações, o cariótipo fetal, bem como os documentos presentes nos Anexos A, B e C são entregues ao paciente para dar seguimento à solicitação judicial. O paciente é orientado a procurar a defensoria pública.

- Cópias de todos os documentos, bem como da autorização judicial, integrarão o prontuário médico do paciente.

Anomalias estruturais

Casos específicos de anomalias fetais irreversíveis e invariavelmente letais, que são diagnosticados durante exame ultrassonográfico detalhado também são elegíveis para solicitação de interrupção da gestação. É notório que a avaliação por médico especialista em Medicina Fetal e, portanto, conhecedor de tais anomalias, se faz imprescindível. Exemplos destes casos são: holoprosencefalia alobar, displasias esqueléticas letais, agenesia renal bilateral, entre outros.

Diagnóstico e condutas:

- Em posse do laudo ultrassonográfico assinado por 2 médicos especialistas, caso o desejo livre e esclarecido seja a interrupção da gestação, após esclarecimentos pertinentes e sanadas todas as dúvidas, os laudos da ultrassonografia contendo a descrição das malformações invariavelmente letais no período pós natal, bem como os documentos presentes nos Anexos A, B e C são entregues ao paciente para dar seguimento à solicitação judicial. O paciente é orientado a procurar a defensoria pública.

- Cópias de todos os documentos, bem como da autorização judicial, integrarão o prontuário médico do paciente.

A INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO

Realizada apenas após a autorização judicial, quando esta se faz necessária. A forma de interrupção da gestação será definida de acordo com a idade gestacional no momento da internação.

Antes das 16 semanas de idade gestacional - Indução

A paciente é orientada a comparecer à maternidade, na data e horário acordados, para realizar a internação e os exames conforme protocolo institucional. A interrupção da gestação é realizada através da indução do parto com comprimidos de Misoprostol via vaginal, conforme protocolo FIGO 2023.

A partir de 16 semanas de idade gestacional – Cardiocentese e indução

A paciente é orientada a comparecer à maternidade em jejum de 8 horas. É realizada a internação e os exames conforme protocolo institucional. A interrupção da gestação é realizada através da Cardiocentese, seguida pela indução do parto com comprimidos de Misoprostol via vaginal, conforme protocolo FIGO 2023. Antes da cardiocentese, nova ultrassonografia para avaliar atividade cardíaca fetal se faz necessária.

Materiais utilizados na cardiocentese:

- Luvas de procedimento
- Gaze estéril
- Álcool 70%
- Lidocaína 1%
- Água destilada
- Agulhas 40x12 e 25x7
- Seringa 10 ml
- Seringa 20 ml
- Agulha G20 ou G22

Cardiocentese:

- Paciente em decúbito dorsal sob sedação. Presença de acompanhante, conforme desejo da paciente.
- Ultrassonografia para avaliar localização da área cardíaca fetal e definir local do procedimento.
- Antissepsia com gaze embebida no álcool (movimento único e no mesmo sentido)
- Anestesia local guiada por ultrassonografia
- Cardiocentese com agulha G20 guiada por ultrassonografia, seguida por injeção intracardíaca de 20 ml de lidocaína a 1%.

Descrição no prontuário:

- Data e hora.
- Pela medicina fetal: paciente submetida a procedimento de interrupção da gestação conforme autorização judicial.
- Indicação:
- Realizada cardiocentese com injeção intracardíaca de 20 ml de lidocaína a 2%.
- Interrupção da atividade cardíaca fetal (especificar horário).
- Procedimento sem intercorrências.
- Comunico paciente e acompanhante sobre o procedimento.
- Comunico plantão obstétrico sobre o procedimento.
- Encaminho paciente à enfermaria.

Após a interrupção da gestação – quando realizada a cardiocentese

Após o procedimento a paciente e o acompanhante são encaminhados à enfermaria específica para casos de aborto/ óbito fetal. A mesma permanece em observação após sedação por 1 hora. O momento do início da indução pode ser acordado com a paciente.

Modelo de prescrição:

- Dieta livre ou branda - conforme restrições ou comorbidades
- Misoprostol via vaginal (protocolo FIGO 2023)
- Analgésico por via venosa – regular e em dose otimizada após início das contrações
- AINE por via venosa - regular após início das contrações
- Antiemético por via venosa – se necessário
- Sinais vitais
- Atenção ao sangramento vaginal.
- Atenção à queixa de dor intensa, mesmo com analgesia IV.

NOTA: Se necessário, para conforto do paciente, oferecer uso de opióides intravenosos, analgesia peridural ou raquianestesia. Encaminhar ao centro obstétrico para vigilância clínica.

Após a expulsão do feto

Após a expulsão, é direito do paciente e seu acompanhante ver e segurar o feto, caso desejem. Se a paciente estiver estável, deve-se respeitar o tempo necessário para este momento de luto.

Caso haja retenção de produtos da concepção, pode ser necessário realizar procedimento cirúrgico complementar, já previsto e orientado no termo de consentimento pós informado.

Após o retorno para a enfermaria, objetiva-se retirar o acesso venoso do paciente para que a alta ocorra de forma mais precoce possível.

Modelo

de

prescrição:

- Dieta livre ou branda - conforme restrições ou comorbidades
- Ocitocina 10 UI intramuscular - dose única
- Cabergolina 0,5 mg. 2 comprimidos via oral – dose única
- Imunoglobulina anti-D 300 mcg intramuscular – quando indicado
- Analgésico via oral – regular e com dose otimizada
- AINE via oral – regular
- Antiemético via oral – “SOS”
- Sinais vitais
- Compressa gelada nas mamas
- Enfaixamento das mamas (manter esta orientação por 7 dias após a alta)
- Compressa gelada no períneo (se necessário)
- Atentar a sangramento vaginal aumentado. Acionar plantão obstétrico, se presente.

Declaração de óbito do feto

A Declaração de Óbito (DO) do feto segue normas específicas no Brasil, baseadas nas diretrizes do Ministério da Saúde e nos requisitos legais vigentes. A DO é utilizada para registrar o óbito fetal no cartório, o que permite a emissão de um Certificado de Natimorto. Este documento é necessário para autorizar o sepultamento ou cremação. Além disso, os dados registrados são relevantes para fim de estatística em saúde pública. Os critérios de preenchimento são: idade gestacional igual ou superior a 20 semanas completas, e/ou peso igual ou superior a 500 gramas, e/ou estatura igual ou superior a 25 cm.

Se o feto não atender aos critérios que exigem uma DO, o mesmo não é classificado natimorto para fins legais, mas sim produto de aborto. Nestes casos, o procedimento para o sepultamento ou cremação, se for o desejo dos familiares, é possível através da emissão de um Atestado de Óbito Simplificado.

SEGUIMENTO APÓS ALTA HOSPITALAR

Para além das questões médicas associadas ao parto de um feto morto, é importante ter em mente que se trata da perda de um filho. A equipe deve ter condutas acolhedoras e cuidadosas quanto ao atendimento das demandas físicas e psicológicas, haja vista intenso sofrimento psíquico da pessoa e familiares enlutados.

A busca ativa destes pacientes pela equipe deve ser cautelosa, visto que pode ser motivo de atravessamento ao acessar a memória de um momento de intenso sofrimento físico e psíquico. Após a

alta hospitalar, objetiva-se que o paciente e familiares tenham a maternidade como local de referência, quando lhes for conveniente, para buscar atendimento médico e psicológico.

DOCUMENTOS

- Solicitação de antecipação do parto por anomalia congênita – ANEXO A
- Termo de Consentimento Esclarecido Pós Informação: Antecipação de Parto em Malformação Fetal - ANEXO B
- Ata de Pedido Para Antecipação Terapêutica do Parto – ANEXO C

LEITURA SUGERIDA

BRASIL. [Decreto-Lei Nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940](#). Código Penal. Art. 128. **D.O.U.** de 31.12.1940 e [retificado em 3.1.1941](#).

BRASIL. Resolução CFM nº 1989. **D.O.U.**, seção I, p, 308-309, 14 mai. 2012. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2012/1989_2012.pdf. Acesso em: 20 set. 2024

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54**. Distrito Federal. Requerente: Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS. Relator: Min. Marco Aurélio. 12 de abril de 2012. Disponível em <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>. Acesso em: 20 set. 2024.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. **Misoprostol ONLY Dosing Chart. Recommended Regimens 2023**. Disponível em: <https://www.figo.org/figo-mifepristone-misoprostol-and-misoprostol-only-dosing-charts-2023> . Acesso em: 20 set. 2024.

FERREIRA DA COSTA, L.L. *et al.* Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality Incompatible with Life: Women's Experiences in Brazil. **Reproductive Health Matters**, v. 13, n. 21, p. 139-146, 2005.

GOEL, N. *et al.* Trisomy 13 and 18—Prevalence and mortality—A multi-registry population based analysis. **American Journal of Medical Genetics Part A**, v. 179, n.12, p. 2382-2392, dez. 2019.

ROSSER, S. *et al.* Late termination of pregnancy at a major Queensland tertiary hospital, 2010–2020. **The Medical Journal of Australia**, v. 217, n. 8, p. 410-414, out. 2022.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T.V.N. **Embriologia Clínica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

PERALTA, C.F.A *et al.* Malformações Fetais. In: REZENDE FILHO, Jorge. **Obstetrícia**. 14. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2022, p. 982-1058.

LEITE, J.M *et al.* Síndromes Fetais. In: CALLEN, Ellen. **Ultrassonografia obstétrica e ginecológica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015, p. 112-180.

ANEXO A – Solicitação de antecipação do parto por anomalia congênita

Eu, _____, portadora do documento de CPF nº _____, estou ciente que o meu diagnóstico é de gestação com feto portador de _____ diagnosticada por exame ultrassonográfico / cariótipo fetal e confirmado por dois médicos ultrassonografistas. Estando perfeitamente lúcida e esclarecida, solicito que seja feita a antecipação terapêutica do meu parto, já que o meu filho não terá condições de sobrevivência após o nascimento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) solicitante

**ANEXO B - Termo de Consentimento Esclarecido Pós Informação
Antecipação de Parto em Anomalia Fetal.**

Eu _____, em reunião na Sala das Comissões Assessoras da Maternidade Escola da UFRJ no dia _____ às _____h, com o médico da Comissão de Ética Médica (CEM)

da Maternidade Escola da UFRJ, Dr(a). _____, CRM/RJ _____, fui informado(a) sobre a minha situação, devido à anomalia congênita de meu bebê.

Fui esclarecido(a) e entendi que o desejo de não prosseguir com a gestação é meu. Fui esclarecido(a) que posso desistir dessa manifestação a qualquer hora, até a sua realização. Fui esclarecido(a) que minha gestação é de feto com _____ e o recém-nascido não tem condições de vida extrauterina, isto é, após o nascimento.

Em exames realizados por dois médicos diferentes identificou-se tais alterações fetais graves. Fui esclarecido(a) na Medicina Fetal da Maternidade Escola da UFRJ que a interrupção da gestação se faz habitualmente por indução do parto por medicação que promove a contração uterina. Fui informado(a) pela CEM, e já sei que haverá inicialmente um procedimento na Medicina Fetal, onde será injetada medicação no coração do feto que promoverá cessação dos batimentos cardíacos. Fui esclarecido(a) de que esta injeção pode, muito raramente, ter intercorrências e haver danos ao meu bem estar. Estas condições poderão ser tratadas no local onde é feito o atendimento. Fui esclarecido(a) pelos médicos da CEM que às vezes a indução do parto pode ser demorada, durando até dias. Fui informado(a) e entendi que pode haver necessidade de mudanças da técnica de indução do parto e pode eventualmente haver necessidade de uma intervenção cirúrgica (microcesárea). Fui informado(a) de que no processo pode ocorrer infecção, hemorragia, rotura uterina, podendo haver necessidade de transfusão de sangue. Na eventualidade de permanecer restos ovulares intrauterinos, haverá necessidade de uma curetagem ou vácuo-aspiração com anestesia.

O(a) Dr(a). _____ me perguntou se eu tinha entendido o que me havia sido explicado. Disse-me que eu poderia fazer perguntas para esclarecer o que não havia ficado claro. Eu disse que estou satisfeito(a) com as explicações da CEM. Perguntou-me se eu estava certo(a) da minha decisão de antecipar o parto ou se desejava refletir melhor, podendo voltar outro dia. Disse que estou firme em minha decisão. Foi dito que eu teria direito a assistência psicológica antes, durante e depois do procedimento. Declaro que tenho certeza de minha decisão de antecipar o parto.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) solicitante

ANEXO C - Ata de Pedido Para Antecipação Terapêutica do Parto

Solicitante: _____

Em ____ de _____ de ____ estiveram reunidos na sala das
Comissões Assessoras, a pessoa gestante Sr(a). _____

_____ carteira de identidade nº _____,
juntamente com Dr(a). _____, CRM/RJ
_____ e Dr(a). _____
CRM/RJ _____, representantes da Comissão de Ética Médica
da Maternidade Escola da UFRJ. Sendo recebida a solicitação feita pelo(a) Sr(a).
_____ para que,
em decorrência do diagnóstico e confirmação ultrassonográfica de sua gestação
ser de feto com _____, condição, invariavelmente,
LETAL após o nascimento. A pessoa gestante instada pelos dois médicos citados
da Maternidade Escola da UFRJ, diz que sua opinião é definitiva e foi elaborada
de acordo com sua consciência, não sofrendo qualquer tipo de influência ou
coação de quem quer que seja. A(o) paciente encontra-se no momento,
lúcida(o), orientada(o), entendendo perfeitamente as consequências de sua
decisão. No momento está calma(o), não estando sob a ação de medicação
psicoativa ou uso de álcool. A(o) Sr(a). _____
confirmou que é seu desejo antecipar o parto de seu concepto. O(a) Dr(a).
_____ e o(a) Dr(a)
_____ informaram que essa sua decisão
apesar de ser definitiva pode ser revogada a qualquer momento até a sua
realização.

O(a) Dr(a). _____ explicou como
será feito todo procedimento pela equipe de Obstetrícia, suas possíveis
consequências e a possibilidade de ocorrência de mudanças dos métodos
utilizados na antecipação do parto, podendo haver necessidade de realização de
uma intervenção cirúrgica como curetagem uterina. Foi explicado à paciente, que
embora pouco frequente possa ocorrer complicações, tais como hemorragia,
infecção e etc. A(o) paciente foi informada(o) que poderá haver necessidade da
realização de uma anestesia e suas possíveis intercorrências. Reinquirida pelos
médicos(as) a(o) Sr(a). _____
confirmou o desejo de antecipar o seu parto.

Foi assistida(o) pela Psicologia da Maternidade Escola. A(o) paciente
assina livremente este termo de solicitação e consentimento.

Parecer: Favorável.

A Comissão de Ética Médica da Maternidade Escola avaliou o caso em tela visto que se trata de uma gestação com malformação incompatível com a vida pós-natal.

Em decorrência essa Comissão julga favoravelmente a solicitação formulada pelo casal quanto à antecipação do parto avaliada também aspecto psicológico da paciente.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

De acordo:

Assinatura e carimbo

Assinatura e carimbo