

## <sup>1</sup>TRATAMENTO PRÉ-NATAL DA ANENCEFALIA

**R.J.Cook<sup>a</sup>, J.N. Erdman<sup>b</sup>, M. Hevia<sup>c</sup>, B.M. Dickens<sup>a\*</sup>**

**a. Faculdade de Direito, Faculdade de Medicina e Centro Integrado para a Bioética da Universidade de Toronto, Toronto, Canadá**

**b. Clínica da Igualdade em Saúde e Direito, Faculdade de Direito, Universidade de Toronto, Toronto, Canadá**

**c. Escola de Direito, Universidade Torcuato Di Tella, Buenos Aires, Argentina**

### Sinopse

Uma análise das questões legais e éticas na experiência internacional no acompanhamento de gestações de fetos anencéfalos, incluindo o aborto ou trabalho de parto induzido.

### Resumo

Cerca de um terço dos fetos anencéfalos nascem vivos, porém não são conscientes ou viáveis, morrendo logo em seguida. A suplementação de ácido fólico no período pré-concepcional e no início da gestação reduz a probabilidade de desenvolvimento de defeitos no tubo neural. Essas malformações podem ser detectadas durante o período pré-natal através de ultrassonografia e outros meios. Muitas leis permitem o aborto por esta indicação, ou pelos efeitos da gravidez e das possibilidades de parto, sobre a saúde física e mental das mulheres. Entretanto, o aborto é limitado em alguns sistemas legais, particularmente na América do Sul. Para evitar a responsabilização criminal, os médicos não realizam a interrupção da gravidez por parto induzido ou aborto sem autorização judicial prévia. As cortes argentinas desenvolveram meios de resolver estes casos, mas as respostas dos tribunais brasileiros são menos claras. Considerações éticas relacionam-se a abortos tardios, ou seja, após o ponto de viabilidade fetal. Como os fetos anencéfalos não são viáveis, muitas destas considerações estão superadas. Orientações profissionais são fornecidas

---

<sup>1</sup> Traduzido de: Cook, R.J, J.N. Erdman, M. Hevia & B. M. Dickens, “Prenatal Management of Anencephaly” (2008) 102 *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 304-308. © 2008 Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Publicado por Elsevier Ireland Ltd. Todos direitos reservados.

por muitos códigos profissionais e institucionais para o tratamento das gestações anencéfalas.

**Palavras chave:**

Anencefalia; Interrupção da gravidez; Aborto; Indução de parto; Saúde Materna; Aborto legal; Aborto tardio.

\* Contatos do autor correspondente: Tel: 1-416-978-4849; fax: 1-416-978-7899  
E-mail address: [bernard.dickens@utoronto.ca](mailto:bernard.dickens@utoronto.ca) (B.M. Dickens).

**1. Introdução**

Anencefalia, o mais severo dos defeitos do tubo neural fetal, resulta de uma falha do fechamento do tubo neural na base do crânio durante a terceira ou quarta semana (26º a 28º. dia) depois da concepção, [1] acarretando malformação dos ossos do crânio. Ao cérebro falta, parcialmente ou totalmente, os hemisférios cerebrais, e o tecido cerebral remanescente é muitas vezes exposto a danos causados pelo líquido amniótico. O parto de natimorto é um resultado comum da anencefalia fetal, mas alguns fetos portadores nascem vivos com um tronco encefálico incompleto. Entretanto, devido à falta de funcionamento dos hemisférios cerebrais, são incapazes de ter consciência e experimentar a dor, embora o tronco encefálico possa suportar ações de reflexo, como respiração e, ocasionalmente, responder ao som e ao toque. Recém nascidos portadores de anencefalia não são viáveis ou tratáveis e a sua sobrevivência é normalmente medida em horas, ao invés de dias.

Há uma longa história de reconhecimento de nascimentos e, em casos menos severos, de sobrevivência de produtos enormemente malformados de concepção humana. [2] A histórica lei consuetudinária (Common Law) Anglo Saxônica’ (inglesa) reconheceu-os como “monstros”, de status humano indeterminado. A Igreja cristã

medieval tinha a mesma dúvida, concedendo-lhes, apenas, um batismo condicional, nos seguintes termos “*Se és homem, eu vos batizo, etc*”. [3]

A incidência de anencefalia moderna é difícil de avaliar em termos globais. Nos Estados Unidos da América, estimativas apontam, várias vezes, para uma ocorrência em cada mil gestações ou mil nascidos vivos. A incidência entre nascidos vivos é determinada mais facilmente do que entre gestações pois, com a detecção pré-natal, as mulheres em geral optam pelo aborto. Em termos globais, a incidência tende a ser mais alta aonde o aborto é restringido por lei. Nos últimos anos, a opção pelo aborto diante da detecção pré-natal da anencefalia vem sendo desafiada legalmente, em particular na América do Sul, notadamente na Argentina e no Brasil, e recentemente na Irlanda.

A falha dos sistemas legais e de saúde em lidar humanamente com as gestações anencefálicas foi trazida para o debate internacional em Novembro de 2005, quando o Comitê de Direitos Humanos das Nações Unidas, julgou o caso de *KL v. Peru*, [4] e condenou o governo daquele país por suas múltiplas violações aos dispositivos de direitos humanos contidos no Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos. O caso teve origem quando uma paciente, de 17 anos de idade, foi diagnosticada com gravidez anencefálica em um hospital do Ministério da Saúde, em Lima. O seu ginecologista informou-a dos riscos para a sua vida que esta condição apresentava, e aconselhou-a a interromper a gravidez. A paciente e sua mãe concordaram em seguir o conselho médico, com a confirmação do diagnóstico. A lei no Peru permite o aborto por esta indicação legal. Entretanto, o diretor do hospital, embora ciente da constatação de risco de vida atestada por escrito pelo ginecologista do hospital, recusou-se a dar a autorização necessária para o procedimento. [5]

A jovem paciente foi obrigada a dar à luz e amamentar o seu bebê recém nascido em processo de morte durante os poucos dias em que sobreviveu, sofrendo depressão profunda, atestada psiquiatricamente, comprometendo severamente o seu desenvolvimento e saúde mental futura. A cruel indiferença do diretor do hospital ao risco para a vida e a saúde mental da paciente, e ao seu direito previsto em lei de interromper a gravidez, implicou na responsabilização do Estado por violações aos direitos humanos. O Comitê de Direitos Humanos considerou o tratamento de KL cruel, desumano e degradante, além da violação à sua privacidade pela obstrução dos meios

legais para cumprir a indicação de seu ginecologista, e pela negação do remédio legal adequado para a violação de seus direitos.

O julgamento de 2005 do Comitê de Direitos Humanos estabelece um padrão para medir outras respostas para o diagnóstico pré-natal de anencefalia.

## **2. Prevenção e detecção**

A anencefalia apresenta-se multifatorial na sua origem, incluindo causas genéticas e causas particularmente associadas à dieta. Estudos demonstram que uma mulher que tem uma criança com defeito do tubo neural (DTN) possui cerca 3 por cento de risco de ter uma gravidez posterior afetada pelas mesmas condições, embora evidências de origens hereditárias sejam bastante indiretas. [6] Mais importante, é o consumo pobre ou inadequado pela mulher na dieta de ácido fólico, que está presente nos grãos, espinafre, lentilhas, grão de bico, aspargo, brócolis, ervilhas, milho, couve de bruxelas, bananas e laranjas. Pelo fato de que as DTNs podem originar-se antes das mulheres descobrirem que estão grávidas, elas são aconselhadas a consumirem alimentos ricos em ácido fólico, pelo menos três meses antes de planejar a gravidez, e a manter um consumo apropriado quando estiverem em idade reprodutiva, e forem capazes de engravidar. É estimado que até metade de todos os defeitos de nascença são evitáveis se as mulheres em idade reprodutiva comerem quantidades suficientes de alimentos ricos ou fortalecidos com ácido fólico, ou se tomarem suplementos vitamínicos. [7] Taxas de DTNs são previsivelmente mais altas em comunidades em que mulheres têm dietas empobrecidas.

Quando a gravidez é diagnosticada, as mulheres podem ser testadas para DTNs através de diferentes meios. O meio mais comum é o exame de ultrassonografia, que é amplamente disponível nos países desenvolvidos e muito acessível nos grandes centros nos países com menos recursos, e pode detectar a ausência de porções da parte superior da cabeça dos fetos em torno da 12<sup>a</sup> semana de gestação. Cerca de um mês depois, a amniocentese também pode apontar a existência de líquido cefalorraquidiano do feto no

líquido amniótico da mulher e a presença de alfafetoproteína no plasma materno pode revelar evidências de vazamento na corrente sanguínea materna, proveniente do tubo neural do feto.

O exame de ultrassonografia é o meio preferido para avaliar no pré-natal o tubo neural ou o status da coluna vertebral, uma vez que permite a interrupção precoce da gravidez se uma anomalia severa for detectada. A análise do plasma materno é apenas um teste de controle preliminar e requer confirmação posterior do estado fetal, pois oferece uma alta taxa de resultados falso positivos (e alguns falso negativos). A amniocentese é mais precisa, e pode confirmar o resultado de uma análise plasmática, mas é mais invasiva do que o exame de sangue, envolvendo a inserção de uma seringa através da parede uterina para a retirada de uma pequena quantidade de líquido amniótico para a análise das células fetais. O teste pode demonstrar anomalias cromossômicas ou genéticas no feto, bem como qualquer DTN, mas não pode ser realizado antes de 14 semanas de gravidez. Os resultados podem não ser conhecidos e o aconselhamento apropriado pode não ser dado até a metade do segundo trimestre, quando o aborto pode ser mais difícil e mais invasivo de ser realizado.

### **3. A lei sobre o aborto**

Muitas leis historicamente restritivas ao aborto têm sido reformadas para permitir o aborto se o feto não é viável ou, quando nascido, seja afetado por uma anomalia severa incompatível com um período significativo de sobrevivência. Entretanto, por mais restritiva que possa ser os termos da indicação de saúde fetal para o aborto legal, é certo que a mesma será atendida através do diagnóstico de anencefalia, uma vez que tal condição é incompatível com a viabilidade e o sentido da vida. O feto insensível, incapaz de sentir conforto ou dor e sem possibilidade de sobrevivência ao nascer para além de alguns dias, não pode ser considerado como detentor de direitos ou interesses legais.

Um caso análogo na Corte Suprema da Inglaterra versou sobre um paciente de 21 anos de idade em estado vegetativo persistente ou permanente. Ele sofreu uma anoxia cerebral severa quando esmagado por uma multidão por vários minutos, incapaz de

respirar, ficando em estado de inconsciência. Ele permaneceu capaz de respirar espontaneamente, necessitando de alimentação artificial e hidratação através de tubo nasogástrico. Após três anos e meio, o hospital pediu autorização judicial para a retirada do tubo e a suspensão do tratamento com antibióticos, em caso de infecção, permitindo ao paciente morrer, com o consentimento da família. A corte de família, o tribunal de apelação, a Corte Suprema e a Casa dos Lords, todos declararam que esta morte seria legal. Os juízes consideraram que a morte não seria contrária a seus interesses e questionaram se, em sua condição de permanentemente insensibilidade, o paciente teria interesse na sua sobrevivência. Lord Goff observou que *“se a questão é perguntada, o que em minha opinião deveria ser, se é no seu melhor interesse que o tratamento... deveria continuar, aquela pergunta pode ser respondida facilmente para efeito de que não é em seu melhor interesse.”*[8] Esta observação reforça inúmeros julgamentos considerando que tratamentos que prolongam a vida de recém nascidos severamente comprometidos não são indicados, levando-se em conta o seu melhor interesse e seus direitos humanos. [9]

Muitas leis que não adotam a indicação legal de inviabilidade fetal para o aborto permitem o procedimento para proteger a vida da mulher grávida e a sua saúde física e mental. A violação de direitos humanos no caso de KL deu-se em parte na inobservância do efeito sobre a futura saúde mental da mulher, quando foi obrigada a dar à luz e amamentar o seu bebê recém nascido anencéfalo. Há, entretanto, um histórico de suspeição judicial de demandas que versam sobre os efeitos danosos psicológicos e para a saúde mental devido à incerteza sobre os critérios profissionais, avaliação, os prognósticos de longo prazo, e devido à facilidade de simulação em causa própria. Juízes, predominantemente homens, tiveram uma tendência em atribuir os efeitos sobre a saúde mental das mulheres de gestações estressantes, a sua angústia mental, trauma, dor, culpa, e depressão, após nove meses de gravidez, ao fato de darem à luz a recém nascidos em processo de morte e enormemente desfigurados. [10] A simples suposição de que estes efeitos pudessem ser resolvidos através de aconselhamento demonstra indiferença e ignorância em relação ao compromisso emocional da mulher na gravidez de dar à luz a uma criança capaz de viver.

Tribunais relevantes justificaram as restrições legais ao aborto por protegerem os interesses do Estado e dos indivíduos no feto em desenvolvimento, como “vida em potencial.” Por exemplo, quando em 1973, a Suprema Corte Americana determinou o momento da gravidez em que o interesse do Estado na vida do não nascido se torna obrigatório, o Juiz Blackmun observou que” *Com respeito ao importante e legítimo interesse do Estado na vida potencial, o ponto ‘obrigatório’ está na viabilidade. Isto porque o feto, então, presumivelmente tem a capacidade de vida significativa fora do útero materno.*” [11] No mesmo sentido, na Suprema Corte do Canadá, o Juiz Wilson disse que “*o valor a ser dado ao feto como vida em potencial.*” [12] Quando um feto não tem potencial de vida significativa, porque é inconsciente e não é viável, o Estado não pode justificar colocar os interesses do feto, ou os seus próprios interesses, acima do interesse da mulher de interromper de forma segura a sua gravidez inútil.

Interesses diferentes, como os de mulheres solicitando a interrupção de gestações anencefálicas, de seus fetos, dos Estados, são trazidos com frequência aos tribunais, particularmente na Argentina e no Brasil, onde muitas vezes se exige das mulheres a obtenção de autorização judicial prévia antes dos médicos interromperem a gravidez. No final do ano de 2007, por exemplo, houve uma discussão acalorada na mídia na Argentina devido às decisões recentes sobre o escopo do aborto segundo o Código Penal. Em 2001, a Suprema Corte Argentina decidiu, em julgamento emblemático, que induzir o parto prematuro de um feto anencéfalo, condenado à morte rápida, não violava a lei sobre o aborto. O feto não tinha interesse no prolongamento da gestação e morreria no parto devido à sua patologia, e não devido a qualquer ato letal. [13]

A maioria da Suprema Corte aludiu, com aprovação, ao julgamento proferido pelo Juiz Maier no tribunal inferior, o Superior Tribunal de Justiça de Buenos Aires, que dividiu a interrupção de gravidez em: aborto, significando a interrupção antes de 28 semanas de gestação com a intenção de provocar a morte fetal; e parto prematuro, induzido mais tarde na gravidez, visando produzir uma criança viva, mesmo que não seja viável. Esta abordagem majoritária prevaleceu na Suprema Corte, porém juízes

dissidentes objetaram-se ao fato de que o feto permaneceria vivo *in útero*, mas morreria no parto prematuro e, portanto, negaram o direito, na medida em que a natureza lhe permitiria viver. Segundo o artigo 70 do Código Civil, e a declaração argentina de adesão à Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, a vida começa na concepção. A opinião dissidente foi dada apesar do número significativo de fetos anencéfalos que morrem tardiamente durante gestação ou durante o parto natural.

Uma característica da decisão majoritária da Suprema Corte foi a importância dada à evidência de que a continuidade da gravidez anencefálica prejudicaria a saúde física e/ou mental da mulher requerente, e também de sua família, incluindo uma filha jovem. Um juiz dissidente considerou injustificável privar o feto das semanas de vida remanescente apenas para atenuar o risco à mãe, o qual ele considerou pudesse ser aliviado através de apoio psicológico. Entretanto, a maioria dos juízes considerou que forçar a mãe a enfrentar riscos à saúde física e mental e continuar com a gestação e dar à luz a um feto, sem chances de vida fora de seu corpo, pareceria tortura. Esta percepção reflete o julgamento *KL v. Peru*, [4] e parece ter reforçado decisões posteriores em outras cortes que seguiram a linha de raciocínio deste voto de maioria da Suprema Corte. [14]

Apesar de julgamentos dissidentes nas cortes da Argentina, a posição parece ser consideravelmente mais clara do que no Brasil, onde um panorama de decisões judiciais revela incoerências e tolerância judicial a crenças morais pessoais, conferindo peso igual para a maioria das decisões judiciais e para as posições dissidentes observadas na Argentina. Observou-se, em 2007, que “*o debate sobre o direito ao aborto seletivo intensificou-se nos meios médico e jurídicos na última década ... O Código Penal Brasileiro não inclui a malformação fetal como um caso aceitável (aborto legal); entretanto, estima-se que desde 1989, 3000 ações judiciais resultaram em autorizações de interrupção de gravidez para casos de anomalias incompatíveis com a vida extra uterina.*” [15] A intensificação aparece associada ao aumento da disponibilidade de exames de ultrassonografia nas unidades públicas de saúde na década de 1990. Isto apontou para o contexto de relativamente alta incidência de anencefalia no nascimento.

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde, o Brasil tem a quarto mais alta incidência de recém nascidos no mundo, depois do México, Chile e Paraguai. [16]

Elaborado em 1940, o Código Penal Brasileiro pune o aborto com até 10 anos de prisão, quando realizado sem o consentimento da mulher, ou quando resulta na sua morte ou dano físico, e em até 3 anos de prisão quando o agente e a mulher concordam. Isto é relativamente leniente, já que a lei inglesa, por exemplo, pune quem realiza o aborto com prisão perpétua, mesmo quando o aborto ilegal for realizado em condições seguras e com o consentimento da mulher. A lei brasileira prevê exceções, somente quando a gravidez for resultante de estupro, ou quando é necessário salvar a vida da mulher.

Como em muitos outros países, os dispositivos do Código Penal sobre aborto no Brasil foram redigidos quando a anencefalia era constatada somente no parto de natimorto ou nascido vivo, e foram elaborados para proteger os interesses na gestação e viabilidade fetal. Entretanto, quando a viabilidade é reconhecidamente negada pela natureza, as cortes podem referir à decisão emblemática da Argentina de 2001, e aprovar o parto prematuro, como o no caso brasileiro Leandra, de 2005, como estando fora do escopo do aborto. [17] A corte observou que “*quando o feto é incompatível com a vida... não existe afronta aos valores da vida protegidos pela Constituição e pelo Código Penal.*” As cortes invocaram, de fato, a Constituição para aprovar o aborto de gestações anencefálicas com base na preservação das vidas e da dignidade das mulheres. [18] Além disso, as cortes também consideraram que a preservação da saúde mental e física das mulheres estaria prevista na exceção do Código Penal que permite o aborto para salvar a vida das mulheres. [19]

Não obstante, a jurisprudência prevalecente no Brasil não pode ser considerada necessariamente favorável ao aborto de gestações não viáveis. O Código Penal é muitas vezes interpretado restritivamente [20] e reforçado por dispositivos da Constituição que tratam do direito à vida, desde a concepção, mesmo com o feto destinado a sobreviver não mais do que pouco tempo depois do nascimento. Embora os tribunais evitem usar fundamentação moral e religiosa, e expressarem os seus julgamentos através de

construção de termos do Código Penal e da Constituição, esta habilidade legal muitas vezes parece apenas direcionada a alcançar conclusões que seriam antecipadas com a aplicação de conceitos sobre formação da alma relacionados aos ensinamentos da Igreja Católica Romana, que mantém forte influência na tradição legal brasileira. O Supremo Tribunal Federal Brasileiro está atualmente considerando a constitucionalidade dos casos de aborto em casos de anencefalia fetal sem autorização judicial prévia ou outra permissão especial do Estado. [21]

#### 4. Aspectos éticos

A detecção precoce de defeitos no tubo neural é o evento que alimenta as chamadas do bem ensaiado debate sobre a ética do aborto. O desafio especial da anencefalia apareceu antes da detecção por ultrassonografia se tornar comum, quando a condição era detectada no pré-natal mais tarde na gravidez. O aborto tardio na gravidez é controverso pois abordagens graduais do aborto, que inspiraram muitas legislações liberais, reconhecem que os interesses do feto, e os interesses na vida fetal, crescem à medida que a gravidez avança. Um ponto comum segundo o qual os interesses do feto podem prevalecer é a viabilidade, muitas vezes determinada nas 24 semanas de gravidez. Esta abordagem é questionável, entretanto, quando um feto em particular não é viável.

A detecção tardia de anencefalia fetal tem sido por muito tempo uma preocupação médica nos lugares aonde mulheres não têm acesso a serviços de pré-natal, como em países e comunidades com poucos recursos e, entre as residentes de áreas remotas, por exemplo. Aborto tardio também é uma preocupação ética profissional, talvez com implicações legais, nos países economicamente desenvolvidos, muito embora sua incidência possa ser muito baixa. [22] Entretanto, há pouca controvérsia, onde a medicina é praticada de acordo com princípios profissionais, seculares, sobre interrupção tardia de gestações anencefálicas, com base no interesse em poupar as mulheres de riscos particulares à sua saúde física e mental com a gestação prolongada e o parto de natimorto ou feto em processo de morte. Nos Estados Unidos, os médicos podem ser proibidos de realizar procedimentos que o Congresso denominou “aborto de parto parcial,” não incluindo abortos tardios por indicação médica por outros meios.[23]

Em 1996, o governo da Holanda nomeou uma Comissão para tratar com o tratamento do aborto tardio. Seu relatório de 1998 [24] estabeleceu que quando se a morte de uma criança é esperada como sendo inevitável durante ou imediatamente após o parto devido à anencefalia, por exemplo, o aborto tardio seria eticamente permitido a pedido ou com o consentimento dos pais. [25] O relatório aceitou o aborto no terceiro trimestre nesses casos como moralmente permitido e como sendo o menor entre dois males.

Algumas mulheres recusam a interrupção e continuam a gestação. [26] Razões religiosas podem apoiar esta decisão. No final da década de 1980, um incentivo altruísta trouxe a possibilidade de salvar as vidas de outras crianças através da doação de órgãos de recém nascidos falecidos para transplante em outros capazes de sobreviver. Entretanto, se deixarem o recém nascido anencéfalo morrer naturalmente, o processo de falecimento natural é capaz de tornar seus órgãos inutilizáveis para o transplante, e não se pode atestar a morte pelo critério neurológico de morte cerebral total enquanto os impulsos do cérebro suportarem funções espontâneas cardíacas e respiratórias mesmo sendo comprometidas. Houve casos, nesta época, tais como em Loma Linda University Medical Center, na Califórnia, em que órgãos foram transplantados de recém nascidos anencéfalos, mas com imensa controvérsia ética agravada por apreensões médicas e legais com respeito à propriedade das estratégias de tratamento, na determinação de morte cerebral fetal, que podiam ser usadas para manter a qualidade dos tecidos. [27] Em 1988, um proeminente ético da medicina escreveu um artigo sobre a possibilidade de transplante chamado “Órgãos de bebês com anencefalia: uma idéia cujo tempo ainda não chegou.” [28] Vinte anos depois, entretanto, parece que o tempo para esta idéia passou.

## **5. Respostas profissionais**

Em seu julgamento de 2005 do caso KL, o Comitê de Direitos Humanos das Nações Unidas solicitou ao governo do Peru que tomasse medidas para evitar que seus hospitais repetissem as violações de direitos humanos do caso exposto, incluindo tratamento cruel, desumano e degradante pela negação do aborto legal de uma gravidez

anencefálica. O Comitê indicou que o Peru deveria adotar um protocolo nacional para a provisão de serviços de aborto terapêutico baseado no Manual da Organização Mundial de Saúde de 2003 sobre aborto seguro, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. [29] O Peru relatou para o Comitê de Direitos Humanos das Nações Unidas que seu Ministério da Saúde propôs um protocolo embora ainda não tivesse se tornado uma política oficial.

As diretrizes podem ser mais especificamente direcionadas para tratar, por exemplo, apenas do tratamento médico da anencefalia. Por exemplo, em 1990 uma força tarefa médica americana de anencefalia *ad hoc* publicou uma declaração, “O bebê com anencefalia” [30] que foi aprovada pela Academia Americana de Pediatria, Academia Americana de Neurologia, Escola Americana de Obstetras e Ginecologistas, Associação de Neurologia Americana e pela Sociedade de Neurologia Infantil. A declaração trata do manejo *in utero* e pós-natal, (apontando que cerca de 65 por cento dos fetos afetados morrem *in utero*) os riscos do trabalho de parto disfuncional e complicações no parto, os cuidados com o recém nascido até a morte, e razões das falhas no transplante de órgãos com muito sucesso. A declaração fornece informações sobre questões médicas que podem apoiar a análise de considerações sociais, legais e éticas.

Diversas declarações do Comitê da FIGO (Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras) para o Estudo dos Aspectos Éticos da Reprodução Humana e da Saúde das Mulheres referem-se ao tratamento de gravidez anencéfala, [31] incluindo Questões Éticas sobre o Diagnóstico Pré-natal de Doenças no conceito, Aspectos Éticos no Tratamento de Fetos Severamente mal formados, Aspectos Éticos de Interrupção da Gravidez após Diagnóstico Pré-natal, e, em 2007, a Declaração sobre Anencefalia e Transplante de Órgãos, que observa que as definições legais locais de morte são obrigatórias. . A declaração de 1995 Aspectos Éticos do Tratamento de Bebês Recém Nascidos Severamente Malformados reconhece que, quando os pais e médicos concordam em relação ao melhor interesse dos bebês, eles deveriam permitir a sua morte com dignidade, sem intervenção médica inapropriada ou inútil.

À luz desta orientação, associações médicas profissionais e instituições como hospitais podem desenvolver diretrizes para o tratamento de gestações anencefálicas e/ou para a interrupção (tardia) da gravidez respectiva e indicações relacionadas. Tais diretrizes deveriam incluir indicações para o aborto por razão de saúde física e mental das mulheres. [10] Orientação profissional também pode subsidiar os profissionais a abordar responsabilidades legais e éticas em potencial, particularmente em relação aos pacientes, pela sua falha ou recusa em oferecer ou aconselhar interrupção legal da gravidez indicada pelo médico. [32] Adicionalmente, iniciativas para esclarecer sobre as práticas apropriadas podem ser tomadas nos âmbitos governamentais. Na Argentina, por exemplo, as agências de saúde provincial e municipal de Buenos Aires começaram a formular protocolos para a interrupção de gestações anencefálicas, e outras, incluindo parto induzido e parto prematuro, levando em conta jurisprudência recente sem violar leis contra o aborto. [33] Isto é consistente com os pronunciamentos judiciais recentes, baseados nos direitos humanos, para os órgãos governamentais especificarem as condições nas quais os serviços de aborto estão disponíveis legalmente. [5]

### **Referências**

1. Jones KL. Smith's recognizable patterns of human malformation. Philadelphia: WB Saunders, 6<sup>th</sup> ed. 2006, pp. 704-5.
2. Bovey A. Monsters and grotesques in medieval manuscripts. London: The British Library, 2002.
3. Williams G. The sanctity of life and the criminal law. London: Faber, 1958, pp. 31-5.
4. KL v. Peru. Communication No. 1153/2003, UN Doc CCPR/C/85/D/1153/2003. Human Rights Committee, 85th session; 2005.

5. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Achieving transparency in implementing abortion laws. *Int J Gynecol Obstet* 2007; 99: 157-61.
6. Shaffer LG, Marazita ML, Bodurtha J, Newlin A, Nance WE. Evidence for a major gene in familial anencephaly. *American J Medical Genetics* 1990; 36: 97-101.
7. Wilson RD. 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 Canada* 2007; 29: 1003-13.
8. *Airedale National Health Service Trust v. Bland*, [1993] 1 All England Reports 821 (House of Lords), at p. 869.
9. Mason JK, Laurie GT. *Law and medical ethics*. Oxford: Oxford University Press; 7<sup>th</sup>. Edition 2006, pp.543-56.
10. Cook RJ, Ortega-Ortiz A, Romans S, Ross LE. Legal abortion for mental health indications. *Int J Gynecol Obstet* 2006; 95: 185-90.
11. *Roe v. Wade*, 93 Supreme Court Reporter 705 (1973) at p. 732.
12. *R. v. Morgentaler* (1988), 44 Dominion Law Reports 385 at p. 498-9.
13. *T, S c. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, s/amparo*, judgment of 11-1-2001, Fallos 324:05 ( Supreme Court of Argentina, 2001).
14. *D de G, SC c. Hospital Felipe Heras y otro*, Superior Tribunal de Justicia de la Provincia de Entre Rios, judgment of 02/05/2001.

15. Diniz D. Selective abortion in Brazil: the anencephaly case. *Developing World Bioethics* 2007; 7: 64-7, at p. 64.
16. World Health Organization. International clearing house for birth defects monitoring systems, International Centre for Birth Defects. In *World atlas of birth defects*. Geneva: WHO 2<sup>nd</sup> ed. 2003, WHO/ICBDMS/EUROCAT.
17. TJRS (Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul)-Terceira Câmara Criminal, Apelação Crime Nº 70011400355, Relatora: Desa. Elba Aperecida Nicolli Bastos, 14.04.2005 (Brazil) (Appellant: Leandra Ganbin).
18. Ferreira da Costa L de L, Hardly E, Osis MJD, Faúndes A. Termination of pregnancy for fetal abnormality incompatible with life: women's experiences in Brazil. *Reproductive Health Matters* 2005; 13: 139-46.
19. TJMG (Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais)-Décima Sétima Câmara Cível, Apelação Cível Nº 1.0191.05.007719-4/001, Relator: Desembargador Lucas Pereira, 15.09.2005 (Brazil).
20. TJRS (Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul)-Segunda Câmara Criminal, Apelação Crime Nº 70016886509, Relator: Des. Marco Aurélio De Oliveira Canosa, 28.09.2006 (Brazil) (Appellant: Vera Maria Dias Fontoura).
21. Supremo Tribunal Federal, Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental Nº 54-8 Distrito Federal, Relator: Min. Marco Aurélio, 2004 (Brazil).

22. Gross ML. After feticide: coping with late-term abortion in Israel, Western Europe, and the United States. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 1999; 8: 449-62.
23. *Gonzales v. Carhart*, 127 Supreme Court Reporter 1610 (US Supreme Court, 2007).
24. Ministerie van VWS. Late zwangerschapsafbreking; zorgvuldigheid en toetsing (Late termination of pregnancy: care and assessment), Rapport van de Overleggroep late zwangerschapsafbreking. Rijswijk: Ministerie van VWS, 1998.
25. Gevers S. Third trimester abortion for fetal abnormality. *Bioethics* 1999; 13: 306-13.
26. Hunfeld JAM. *The grief of late pregnancy loss*. Rotterdam: Erasmus University Press 1995.
27. Shewmon DA. Anencephaly: selected medical aspects. *Hastings Center Report* 1988; 18(5): 11-19.
28. Fost N. Organs from anencephalic infants: an idea whose time has not yet come. *Hastings Center Report* 1988; 18(5): 5-10.
29. Cook RJ, Dickens BM, Horga M. Safe abortion: WHO technical and policy guidance. *Int J Gynecol Obstet* 2004; 86: 79-84.
30. The Medical Task Force on Anencephaly. The infant with anencephaly. *N Engl J Med* 1990; 322: 669-74.

31. FIGO. Ethical issues in obstetrics and gynecology. London: FIGO 2006 (in English, French and Spanish).
32. Wicks E, Wyldes M, Kilby M. Late termination of pregnancy for fetal abnormality: medical and legal perspectives. *Medical Law Review* 2004;12: 285-305.
33. Minister of Health, Province of Buenos Aires, Resolution 304/2007 (January, 2007).