

LUCIANA VIVAS SILVA

**INTERRUPÇÃO MÉDICA DA GESTAÇÃO
DE FETOS COM ANOMALIAS LETAIS**

Dissertação de Mestrado

**ORIENTADOR: Prof. Dr. RICARDO BARINI
CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. JOSÉ GUILHERME CECATTI**

**Unicamp
2006**

LUCIANA VIVAS SILVA

**INTERRUPÇÃO MÉDICA DA GESTAÇÃO
DE FETOS COM ANOMALIAS LETAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de
Mestre em Tocoginecologia, área de
Tocoginecologia

ORIENTADOR: Prof. Dr. RICARDO BARINI
CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. JOSÉ GUILHERME CECATTI

Unicamp
2006

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Si38i Silva, Luciana Vivas
Interrupção médica da gestação de fetos com
anomalias letais. / Luciana Vivas Silva. Campinas, SP:
[s.n.], 2006.

Orientadores : Ricardo Barini; José Guilherme Cecatti
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Aborto terapêutico. 2. Morte fetal. 3. Aborto-
legislação. 4. Trabalho de parto. 5. Diagnóstico pré-
natal. 6. Complicações na gravidez. I. Barini, Ricardo.
II. Cecatti, José Guilherme. III. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluno: LUCIANA VIVAS SILVA

Orientador: Prof. Dr. RICARDO BARINI

Co-Orientador: Prof. Dr. JOSÉ GUILHERME CECATTI

Membros:

1.

2.

3.

Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 31/08/2006

2006 02213

Dedico este trabalho...

*Aos meus pais, Dalva e Domingos,
sinônimos de amor incondicional, devoção e confiança.
Vocês são o meu coração...*

*Ao meu irmão, José Augusto,
amigo, incentivador,
alegria e companheirismo, sempre...*

*E às minhas avós:
Plácida, por me incentivar sempre, demonstrando
seu amor e seu orgulho, apesar da distância...
e Zínia, amada e sempre presente
na minha lembrança e no meu coração...*

Agradecimentos

A **Deus**, por me permitir desfrutar de ricas experiências neste período de intenso aprendizado. Agradeço, em especial, pelos encontros preciosos que tive neste caminho.

À **minha família**, pelo amor generoso e por apoiar incondicionalmente minhas escolhas.

Ao **Professor Dr. Ricardo Barini**, pela oportunidade inestimável de conhecer e participar desse núcleo de ensino e pesquisa. Registro aqui minha admiração e fascínio, pela pessoa e pelo profissional que honrosamente pude conhecer.

Ao **Professor Dr. José Guilherme Cecatti**, grande mestre, pela generosa contribuição na elaboração deste trabalho e na minha formação acadêmico-científica.

À **Professora Dr^a Eliana Amaral**, pela confiança depositada que me permitiu precioso contato com os alunos de graduação, a prática da atividade didática.

Ao **Professor Dr. João Luiz Pinto e Silva**, conceituado mestre, pelas relevantes contribuições à conclusão deste trabalho.

Aos professores **Dr. Belmiro Gonçalves Pereira e Dr. Renato Passini Junior**, pela disponibilidade na fase de qualificação. Foi um verdadeiro presente tê-los como avaliadores, suas contribuições me fizeram acreditar ainda mais na relevância deste trabalho.

Ao **Professor Dr. Lourenço Sbragia Neto** e colegas do laboratório de Cirurgia Experimental, pela oportunidade de trabalharmos juntos e pela amizade construída.

Aos **professores da Pós-Graduação** do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-UNICAMP). Em especial à **Professora Dr^a Ellen Hardy**, pela sua energia, pelo seu empenho e pela sua capacidade didática excepcionais.

Aos **queridos colegas de Pós-Graduação**, Adriana, Alessandra, Alexandre, Cássio, Giuliano e Trícia, pelo companherismo e pela oportunidade de crescermos e descobriremos juntos nossos objetivos acadêmicos. E à querida colega **Isabela Machado**, pela sua colaboração carinhosa desde o início.

Ao **querido Professor Dr. Emílio Marussi**, perito na arte de ensinar e responsável direto pela minha paixão pela Ultra-sonografia, descoberta a partir da experiência maravilhosa no Setor de Ecografia do CAISM.

Aos **médicos** do Setor de Ecografia do CAISM, em especial ao **Dr. Kleber Cursino**, ultrasonografista extraordinário e exemplo de quanta alegria e satisfação a prática profissional pode oferecer.

Às **funcionárias** do Setor de Ecografia do CAISM, **Eliana, Jandira e Mari, Cris e Malu, Fabiane, Rose e Viviane**, colaboração e harmonia nesse período de convivência.

Às **enfermeiras** do PNE, em especial **Silvana e Zoraide**, pelo apoio e disponibilidade em todos os momentos.

Às **funcionárias** do PNE **Iara, Alzira, Madalena, Helena e Edi**, o apoio e o carinho de vocês tornaram meu trabalho ainda mais recompensador.

Aos **funcionários** do SAME do CAISM, especialmente **Carlos e Rogéria**, pela colaboração na busca das informações, auxílio fundamental à realização deste projeto.

À **equipe da Medicina Fetal** do CAISM, cujo trabalho sério e bem estruturado serviu de substrato para este estudo.

Aos **alunos** da Graduação e **residentes** do Departamento de Tocoginecologia (DTG) da FCM-UNICAMP, pela experiência didática adquirida a partir da nossa boa convivência.

À **Margarete** pela gentileza, disponibilidade e atenção como secretária da Pós-Graduação do DTG da FCM-UNICAMP. Guardo carinhosamente a lembrança do seu apoio, antes mesmo de tudo começar. E à **Sueli Regina e Klésio**, o auxílio de vocês foi sempre generoso e fundamental.

À **Kátia e Conceição**, queridas e indispensáveis na secretaria da Área de Obstetrícia e para mim, sempre.

À **Vanda**, pelo apoio nas buscas bibliográficas e pela amizade nascida desse convívio, nossa querida “turma da biblioteca”.

Aos **amigos**, antigos e novos, pelo apoio e incentivo, a carinhosa confiança de vocês me impulsiona e me fortalece.

Aos mestres dos primeiros momentos da minha profissão, que me mostraram as diversas faces da Obstetrícia e da Medicina Fetal: amor, arte, dedicação, respeito e responsabilidade, **Dr^a Vecerlei Macedo Rodrigues, Dr. Antônio Carlos Vieira Lopes, Prof. Dr. Geraldo Duarte e Dr. Eduardo Valente Isfer**.

E às **pacientes** do Ambulatório de Medicina Fetal do CAISM que alimentaram com sua experiência de vida este trabalho, contribuição à assistência futura a outras famílias.

Agradecimentos Institucionais

À **FAPESP**, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa, processo número 05/56571-0.

Ao **CAISM**, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, pelo apoio de infra-estrutura que permitiu a execução deste trabalho.

"... basta ser humano, basta ter sentimento, basta ter coração..."

Deve amar o próximo e respeitar a dor que os passantes levam consigo.

Deve guardar segredo sem se sacrificar...

Tem que ter ressonâncias humanas, seu principal objetivo deve ser o de amigo.

Deve gostar de crianças e lastimar as que não puderam nascer..."

VINÍCIUS DE MORAES

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	x
Resumo	xi
Summary	xiii
1. Introdução	15
1.1. A gravidez e o estudo das anomalias fetais.....	15
1.2. Interrupção Médica da Gestação e o panorama brasileiro	17
2. Objetivos	26
2.1. Objetivo geral	26
2.2. Objetivos específicos	26
3. Sujeitos e Métodos.....	28
3.1. Desenho do estudo	28
3.2. Seleção dos sujeitos	28
3.3. Variáveis em estudo.....	29
3.3.1. Variável independente	29
3.3.2. Variáveis dependentes.....	29
3.3.3. Variáveis de controle.....	29
3.3.4. Definição das variáveis	30
3.4. Coleta de dados	33
3.5. Processamento e análise dos dados	33
3.6. Aspectos éticos	33
4. Publicação.....	34
5. Conclusões	54
6. Referências Bibliográficas.....	55
7. Bibliografia de Normatizações	61
8. Anexos	62
8.1. Anexo 1 – Relatório médico emitido pelo Serviço de Medicina Fetal do CAISM para os casos de Interrupção Médica da Gestação.....	62
8.2. Anexo 2 – Parecer psicológico.....	63
8.3. Anexo 3 – Encaminhamento à Procuradoria de Campinas	64
8.4. Anexo 4 – Autorização judicial	65
8.5. Anexo 5 – Parecer do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sobre feticídio	80
8.6. Anexo 6 – Consentimento Pós Informação Para Interrupção da Gravidez	85
8.7. Anexo 7 – Ficha de coleta de dados individuais	86
8.8. Anexo 8 – Parecer da Comissão de Pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp	88

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

χ^2	Teste estatístico de Qui-quadrado
ADPF	Argüição de Descumprimento de Preceito Fundamental
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CNS	<i>Central Nervous System</i>
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
GUT	<i>Genitourinary Tract</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IMG	Interrupção Médica da Gestaçã
ONGs	Organizações Não Governamentais
PMS	<i>Polymalformative Syndromes</i>
RR	<i>Risk Ratio</i>
SD	<i>Standard Deviation</i>
STF	Supremo Tribunal Federal
TOP	<i>Termination of Pregnancy</i>
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas

Resumo

INTRODUÇÃO: O serviço de Medicina Fetal do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) adotou a Interrupção Médica da Gestação (IMG), mediante autorização judicial, desde 1994. Os primeiros casos de IMG tiveram parto induzido com o feto vivo. Com a adoção do feticídio a partir de 2001, todos os casos passaram a ser assim tratados. **OBJETIVOS:** Avaliar comparativamente as mulheres que realizaram Interrupção Médica da Gestação com e sem feticídio, quanto às características gerais e a evolução clínica. **SUJEITOS E MÉTODOS:** Foi realizada uma investigação operacional avaliando comparativamente 146 mulheres de diversas idades gestacionais, acompanhadas no Ambulatório de Medicina Fetal do CAISM-Unicamp desde julho de 1994 a janeiro de 2006, que tiveram diagnóstico ultra-sonográfico ou genético de anomalia fetal incompatível com a vida pós-natal e optaram pela interrupção da gestação mediante autorização judicial. Os grupos I (mulheres submetidas ao feticídio; n= 82) e II (mulheres com indução de parto com feto vivo; n= 64) foram comparados em relação às características gerais (idade materna, paridade, estado civil, escolaridade e idade gestacional ao parto) e aos aspectos clínicos (tempo e tipo de indução de parto, procedimentos obstétrico-cirúrgicos

realizados e complicações). **RESULTADOS:** Os grupos foram semelhantes em relação a todas as variáveis estudadas, exceto escolaridade, idade gestacional ao parto e procedimentos obstétrico-cirúrgicos, sendo a escolaridade maior no grupo de feticídio ($p < 0,0001$), a idade gestacional ao parto, menor ($p = 0,02$) e o número de procedimentos obstétrico-cirúrgicos maior neste grupo ($p = 0,01$). O tempo de indução de parto e as complicações ocorridas também foram semelhantes para os dois grupos estudados. **CONCLUSÃO:** A realização do feticídio não altera a evolução clínica das mulheres submetidas à Interrupção Médica da Gestação, podendo ser aplicada nos casos de doença fetal incompatível com a sobrevivência perinatal, sem riscos à saúde materna.

Summary

INTRODUCTION: The Fetal Medicine Service of the Women's Integral Healthcare Center (CAISM) of the *Universidade Estadual de Campinas* (UNICAMP) has adopted Termination of Pregnancy (TOP) under legal authorization since 1994. In the first cases, labor was induced with a live fetus. As of 2001, all cases began to be managed similarly with the adoption of feticide. **OBJECTIVES:** To comparatively assess women who underwent TOP with and without feticide, regarding general characteristics and clinical course. **SUBJECTS AND METHODS:** An operational research was conducted to comparatively evaluate 146 women at different gestational ages, with follow-up in the Outpatient Clinic of Fetal Medicine of the Women's Integral Healthcare Center (CAISM-UNICAMP) from July 1994 to January 2006, who received an ultrasound or genetic diagnosis of fetal anomaly incompatible with postnatal life and chose to terminate pregnancy under judicial authorization. Groups I (women undergoing feticide; n= 82) and II (women whose labor was induced with live fetus; n= 64) were compared regarding general characteristics (e.g. maternal age, parity, marital status, school education and gestational age at labor) and clinical aspects (labor induction time, procedures performed and complications). **RESULTS:** The groups were similar regarding

almost variables, excepting school education, gestational age at labor and obstetrics surgical procedures. School education was higher in the feticide group ($p < 0.0001$), age at labor was lower ($p = 0.02$) and obstetrics procedures were done more frequently in this group ($p = 0.01$). Labor induction time and complications occurring were also similar in both groups studied. **CONCLUSION:** The performance of feticide does not alter the clinical course of women undergoing medical termination of pregnancy, and may be applied in cases of fetal disease incompatible with perinatal survival, without posing risks to maternal health.

1. Introdução

1.1. A gravidez e o estudo das anomalias fetais

A gravidez é um processo fisiológico de modificação do organismo feminino que se relaciona com uma série de eventos naturais e necessários à adaptação da mãe ao feto. Essas transformações ocorrem desde os primeiros meses da gestação e se refletem em todos os sistemas orgânicos ao longo da gravidez (Suresh, 2004).

Além das transformações relacionadas aos órgãos e sistemas, têm-se também outras perspectivas envolvidas, como o aspecto social e o emocional deste processo. Mais do que a transformação do corpo da mulher, a gestação modifica também a vida, o papel social e a estrutura familiar. A aceitação e o entendimento de todas essas mudanças são passos a serem dados pela família que vivencia esta experiência, ainda que esteja assegurada a saúde materno-fetal (Soifer, 1992; Klaus, 1993).

Em algumas gestações, no entanto, além dos aspectos habituais a serem compreendidos pelo casal, existe um outro desafio que contraria as expectativas

comuns a uma gravidez: a descoberta de uma condição patológica fetal incompatível com a sobrevivência perinatal. Estima-se que, no Brasil, as malformações fetais representem a segunda maior causa de mortalidade infantil registrada, atrás apenas das condições de assistência perinatais. Na última década, o índice que era de 7,1% passou para 11,2%, ultrapassando outras causas antes mais comuns, como a diarreia e as infecções respiratórias (Victora, 2001).

A prevalência geral de malformações em nascidos vivos na América Latina é estimada em cerca de 5% e pode ser estendida ao Brasil (Horovitz, 2005). Dentre as malformações mais frequentes, estão os Defeitos de Fechamento do Tubo Neural, em especial a mielomeningocele, e logo em seguida, a anencefalia (Castilla, 1985; Aguiar, 2003). Considerando-se especificamente a anencefalia, alteração incompatível com a vida pós-natal, a prevalência encontrada em estudo realizado em uma cidade brasileira foi de 1,49 por 1000 nascimentos, com variação relacionada à idade materna, chegando a até 1,9 por 1000 nascimentos, na faixa etária de 20 a 29 anos (Nassaralla, 1996).

A investigação dessas anomalias fetais tornou-se prática rotineira na assistência pré-natal, sendo antiga a busca pelo diagnóstico precoce, anterior à aplicação dos métodos de imagem, hoje tão amplamente utilizados. Os procedimentos invasivos já eram praticados sem o auxílio da ultra-sonografia, com o objetivo de confirmar alterações fetais, a exemplo das cromossomopatias (Jacobson, 1967). A utilização da ultra-sonografia em Obstetrícia a partir da década de 1970 transformou a perspectiva dos profissionais da área, permitindo a visualização do feto e de seus anexos. Desde o início da aplicação deste

exame em Obstetrícia até os dias atuais, muitos avanços ocorreram no que diz respeito ao diagnóstico pré-natal e às condutas obstétricas mediante essas condições (Miskin, 1974).

A busca de condições patológicas fetais através de procedimentos invasivos (tais como a biópsia de vilosidades coriônicas, amniocentese, cordocentese e biópsias de tecidos fetais) tem ocorrido cada vez mais e com maior segurança. A punção através do abdome materno, anteriormente realizada às cegas, é hoje guiada por imagens de alta qualidade, o que confere ao procedimento uma menor ocorrência de complicações materno-fetais (Eisenberg, 2002).

1.2. Interrupção Médica da Gestação e o panorama brasileiro

O uso de técnicas modernas de investigação pré-natal permitiu cada vez mais precocemente o diagnóstico de alterações feto-placentárias e malformações. Tal evolução levou ao surgimento da Medicina Fetal e do fetólogo, especialista voltado para os cuidados do feto como paciente passível de avaliação e de conduta. No entanto, esse progresso trouxe consigo a revelação de fetos que não terão qualquer possibilidade de sobreviver por si só após o nascimento, seja pela existência de uma malformação grave, seja por alguma alteração cromossômica que inviabiliza a sobrevivência neonatal (Sanders, 1990).

Tanto a família quanto a equipe responsável enfrentam nessas situações um dilema: manter a gestação até o parto espontâneo ou interrompê-la antecipadamente. Em ambas as alternativas é necessária uma abordagem pré-

natal especializada, com o apoio de uma equipe interdisciplinar, capaz de compreender os diversos aspectos relacionados a essa situação e de conduzir o caso de maneira adequada, qualquer que seja a decisão do casal (Rayburn, 1982; Gomes, 2003; Leuthner, 2004).

Em países desenvolvidos, especialmente Estados Unidos, Inglaterra e França, têm-se uma maior flexibilidade do ponto de vista legal em relação à Interrupção Médica da Gestação, nos casos de condição fetal incompatível com a vida perinatal (Evans, 1994; Schechtman, 2002; Rauch, 2005). A gravidez pode ser interrompida desde que seja desejo da mulher ou do casal, na impossibilidade de sobrevivência após o nascimento. A intenção é privar o casal da obrigação de aguardar o desfecho funesto da gestação após nove meses de angustiada espera, dando o suporte adequado dos pontos de vista clínico e emocional. Os casais que passam por essa experiência têm relatado dificuldade em lidar com sentimentos como tristeza e culpa, mesmo tendo a certeza de terem tomado uma decisão acertada (Garel, 2001; Burgoine, 2005).

O Brasil apresenta uma das legislações mais rigorosas sobre o aborto, ao lado de países como Afeganistão, Nigéria e Sudão, de acordo com o Center for Reproductive Rights, instituição internacional defensora dos direitos à contracepção e ao aborto seguro (Faúndes, 2004). A lei brasileira prevê a possibilidade de interrupção da gestação sem culpabilidade apenas nos casos de estupro e risco de vida materna e está regulamentada desde 1940 (Brasil, 1940; Diniz, 2004).

Desde 1972, tem havido algumas tentativas no sentido de tornar a legislação condizente com a evolução da ciência e com a detecção precoce de problemas antes só descobertos ao nascimento. Em 1991 foi registrado no estado do Mato Grosso, o primeiro caso com alvará judicial favorável à interrupção da gestação de um feto com anencefalia (Diniz, 1997; Diniz 2004).

Em 1992 foi criada uma Comissão para Reformulação do Código Penal na tentativa de mudar a legislação nos casos de fetos anencéfalos. No mesmo ano, foi autorizada judicialmente a interrupção da gravidez de um feto com acrania e onfalocele em Londrina, no Paraná (Frigerio, 2001). A partir de então, em vários locais do país, aplicando-se o princípio da jurisprudência, muitas interrupções de gestação foram realizadas. Estima-se que, em todo o Brasil, cerca de duas mil autorizações judiciais já tenham sido concedidas para casos semelhantes (Diniz, 1997).

Recentemente houve uma nova tentativa de flexibilizar as leis sobre o aborto no país com o objetivo de descriminalizá-lo quando se tratasse de anencefalia fetal. Em primeiro de julho de 2004, o Ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), Marco Aurélio de Mello, concedeu liminar autorizando a interrupção da gestação nos casos de anencefalia confirmada. No mesmo ano, em 20 de outubro, o STF cassou a liminar que autorizava a intervenção. Em abril de 2005, o STF voltou a debater o tema com a retomada do julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF 54), cujo objeto é o emprego da interpretação, conforme a Constituição, ao conjunto normativo representado pelos artigos 124, 126, caput e 128, I e II do Código Penal (Brasil, 2005).

As opiniões sobre o assunto no país são variáveis e tanto a sociedade civil quanto as instituições governamentais se manifestam de maneiras distintas em relação ao tema (Diniz, 1998; Diniz, 2001). Existem atualmente Organizações Não Governamentais (ONGs) favoráveis e contrárias à prática da interrupção da gestação nos casos de anomalia letal. A ONG Católicas pelo Direito de Decidir, criada em 1993, atua no Brasil em defesa dos direitos femininos, reprodutivos e sexuais, e defende a descriminalização do aborto, inclusive nos casos de anomalia fetal. Por outro lado, a Associação Pró-vida de Anápolis, entidade beneficente vinculada a Igreja Católica de Anápolis (estado de Goiás), atua condenando veementemente a prática da IMG e defendendo a manutenção da gravidez em qualquer circunstância (Brum, 2004).

Atualmente no Congresso Nacional, projetos de lei favoráveis e contrários ao assunto esperam para ser discutidos e votados. A maioria dos projetos é sensível e favorável à questão; no entanto, alguns projetos de lei chegam a sugerir penas específicas para o caso de antecipação do parto de feto anencefálico, com reclusão de um a quatro anos (Brasil, 2005).

Em funcionamento desde 1992, o Ambulatório de Pré-Natal Especializado em Medicina Fetal do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) atende aos casos de gestação complicada por condições patológicas fetais, dentre elas as de prognóstico letal. Desde 1994, o serviço iniciou a realização de Interrupção Médica da Gestação (IMG) mediante autorização judicial, estando confirmada a inviabilidade do conceito após o nascimento (Setubal, 2003).

De 1994 até o ano 2001, cerca de 70 interrupções legais foram realizadas pelo Ambulatório de Medicina Fetal, sendo todas as mulheres acompanhadas no CAISM. Após a primeira consulta médica, entrevista psicológica e com o Serviço Social, as gestantes têm a confirmação do diagnóstico através de ultra-sonografia obstétrica de nível terciário ou através de exames invasivos (amniocentese, cordocentese e biópsia de vilosidades coriônicas). O caso é então discutido pelo grupo interdisciplinar do Ambulatório de Medicina Fetal e, após concordância em relação à conduta, a mulher é esclarecida quanto ao diagnóstico e os possíveis procedimentos para o caso. Se a decisão for a de continuar a gestação, ela prossegue o pré-natal até o parto e é acompanhada no pós-parto, pois todas recebem aconselhamento genético, após resolução da gravidez.

Se a opção da gestante for interromper a gestação, são emitidos o laudo médico (Anexo 1), o parecer psicológico (Anexo 2) e o parecer do Serviço Social (Anexo 3). Após obtenção da documentação necessária, a gestante é orientada pelo Serviço Social a buscar a Procuradoria da cidade de Campinas, para solicitar a autorização judicial de antecipação do parto. A autorização em geral é emitida em até dez dias úteis e, assim que obtém o parecer, a mulher entra em contato com o Serviço Social do CAISM, para orientações quanto à internação. Cópias da autorização judicial são feitas pela Diretoria da Área de Obstetrícia e enviadas para a Diretoria Clínica do CAISM, Diretoria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e a Procuradoria Geral da UNICAMP. Uma cópia também é anexada ao prontuário da gestante (Anexo 4).

Estando a mulher internada, é iniciada a indução do parto ou aborto, de acordo com as condições obstétricas e protocolo do Serviço. Até julho de 2001, a indução do parto ou aborto era iniciada não sendo utilizado qualquer procedimento para induzir o óbito fetal. A partir de 2001, de acordo com os dados fornecidos pela literatura e após parecer emitido pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Anexo 5), a indução passou a ser feita após o óbito fetal causado pela administração de solução de cloreto de potássio a 19,1% na circulação fetal (por punção cardíaca ou funicular), através do abdome da gestante, guiada pelo ultra-som, sob anestesia local. Atualmente a lidocaína também vem sendo utilizada no serviço com a mesma finalidade do cloreto de potássio. As pacientes são orientadas quanto ao procedimento, estabelecido em protocolo, somente sendo submetidas à IMG caso estejam de acordo (Anexo 6).

Este procedimento é chamado feticídio, utilizado em alguns serviços de referência nas gestações múltiplas, quando necessária redução de sacos gestacionais ou de fetos anormais, e nas gestações únicas, nos casos de IMG. Além do cloreto de potássio, outras substâncias podem ser utilizadas para este fim, a exemplo da solução salina hipertônica, digoxina e lidocaína (supracitada), bem como a injeção intravascular de ar ou a exsangüinação (Gill, 1994; Senat, 2003; Coke, 2004). O procedimento é aplicável principalmente aos fetos de segundo trimestre que, mesmo com malformações graves, podem manter-se temporariamente vivos após o nascimento, ainda que por curto período de tempo, fato com implicações dos pontos de vista médico, ético e legal (Isada, 1992; Fletcher, 1992).

A prática do feticídio também pode ser vista como um possível auxílio à indução do parto, acelerando o processo, sem acarretar malefícios à gestante. Sua importância está na ocorrência do óbito fetal previamente à indução do parto ou aborto. Srisomboon e Pongpisuttinun (1998), em um estudo prospectivo, compararam dois grupos de gestantes que tiveram parto induzido, sendo um grupo de mulheres com feto vivo e o outro grupo com feto morto. O tempo de evolução do trabalho de parto das mulheres com feto morto foi significativamente menor que o do grupo com feto vivo.

Outro estudo mais recentemente realizado comparou o tempo de indução do parto em gestações de segundo trimestre, considerando dois grupos de gestantes: um grupo com óbito fetal e um segundo grupo com fetos vivos, porém com anomalias graves. O tempo de indução no grupo de casos com morte fetal prévia foi significativamente menor que no grupo com fetos vivos (Al-Taani, 2005).

A morte fetal é sugerida como um fator favorável à evolução dos casos de indução, no entanto, o mecanismo envolvido não está bem esclarecido. Sabe-se que o óbito fetal deflagra uma série de alterações no organismo materno, a exemplo da redução do estrógeno urinário e dos hormônios placentários (Cunningham, 2000; Roux, 2001). O parto espontâneo, nesses casos, em geral ocorre em duas a três semanas, sendo a ocorrência de retenção feto-placentária ao redor de 5% (Neme, 2000). Apesar de se buscar explicações para a relação existente entre o feto e a deflagração do trabalho de parto, até o momento a existência desse possível sinalizador fetal ainda não foi confirmada e não se sabe ao certo como se faz essa interação.

Também na opinião dos profissionais de saúde que atuam em centros de referência na área de Medicina Fetal e das pessoas atendidas por esses centros, a realização do feticídio faz-se necessária, evitando a dor ou a agonia fetal, bem como um maior sofrimento da mulher e de sua família. O estudo de Dommergues (2003) mostrou que quanto maior o conhecimento da equipe profissional acerca do procedimento, melhor a aceitação do feticídio como prática útil na condução dos casos de interrupção de gestação.

No entanto, críticas em relação ao procedimento existem. Uma delas se fundamenta no limite da viabilidade nas gestações de terceiro trimestre. Tanto profissionais quanto pacientes vêm com reservas a prática do feticídio quando a idade gestacional é avançada (Garel, 2002). A possibilidade de dor fetal durante o procedimento também é um aspecto a ser considerado, embora ainda não se conheça ao certo quando e como se estabelecem estes mecanismos, responsáveis pela percepção de dor ainda na vida intra-uterina (Lee, 2005). Da mesma forma, os aspectos éticos vêm sendo motivo de discussão, levantando questões como o direito à vida dos fetos e de escolha das gestantes (Callahan, 1995; Fletcher, 1995; Spielman, 1995).

O risco do procedimento é baixo e a ocorrência de complicações maternas associadas ao procedimento é rara (Seeds, 2004). Na literatura existem relatos de casos, sendo um deles de sepse após a realização de feticídio por cromossomopatia, em feto com trissomia do 13. A recuperação da mulher ocorreu com auxílio de antibioticoterapia, sem complicações posteriores (Mui, 2002). O outro caso publicado foi de parada cardíaca materna após administração de KCl fetal

(intracardíaco) em gestação de segundo trimestre. A gestante recebeu suporte cardiorrespiratório de imediato e evoluiu satisfatoriamente (Coke, 2004). Não há estudos comparativos em relação à realização ou não do feticídio nos casos de IMG.

Atualmente no CAISM, todas as mulheres que interrompem a gestação por anomalia fetal mediante autorização judicial são submetidas ao feticídio antes do início da indução do parto ou aborto, após consentimento (Anexo 6). Entretanto, são desconhecidas as características dessas mulheres em relação ao tempo de indução, aos métodos de indução utilizados, à ocorrência de complicações e à realização de procedimentos, inclusive de cesarianas. Isso também se aplica às mulheres que anteriormente interromperam a gestação, porém não foram submetidas ao feticídio previamente. Conhecer as características e as diferenças dessas mulheres contribuirá no sentido de legitimar a prática atual como benéfica à população em questão, associando-se a isso uma melhor assistência à saúde materna com menores riscos.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Comparar as características e a evolução clínica de mulheres que realizaram interrupção da gestação, mediante autorização judicial, após diagnóstico de anomalia fetal incompatível com a vida perinatal, considerando a realização ou não do feticídio.

2.2. Objetivos específicos

- Avaliar comparativamente os dois grupos quanto às características das mulheres e suas gestações, como idade, paridade, estado civil, escolaridade, diagnóstico e idade gestacional.
- Avaliar comparativamente os métodos de preparo de colo e de indução de parto ou aborto, utilizados nos dois grupos de mulheres.

- Avaliar comparativamente o tempo transcorrido desde o início da indução até o parto ou aborto nos dois grupos de mulheres.
- Avaliar comparativamente as complicações clínicas ocorridas com as mulheres, no período estudado, tais como hemorragia, infecção, rotura uterina e procedimentos obstétrico-cirúrgicos realizados, como curagem, curetagem, laparotomia e histerectomia.
- Identificar o tipo de parto e o número de mulheres que foram submetidas à cesariana nos dois grupos.

3. Sujeitos e Métodos

3.1. Desenho do estudo

Foi realizada uma investigação operacional incluindo todos os casos de Interrupção Médica da Gestação por anomalia letal atendidos no Ambulatório de Pré-natal Especializado de Medicina Fetal do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) desde julho de 1994 até janeiro de 2006.

3.2. Seleção dos sujeitos

O levantamento dos casos de interrupção legal por anomalia fetal acompanhados no Ambulatório de Medicina Fetal do CAISM identificou 166 casos que seguiram todos os trâmites do protocolo para IMG no Serviço. A maioria deles obteve parecer favorável emitido pelo Poder Judiciário da Comarca de Campinas, estado de São Paulo (menos de 10% das autorizações foram de outras comarcas). Vinte mulheres foram excluídas do estudo por preencher os critérios de exclusão, sendo 11 partos ocorridos fora do serviço, dois óbitos fetais diagnosticados

momentos antes do feticídio, cinco casos de trabalho de parto prematuro espontâneo, uma desistência e um caso com insuficiência de dados.

As mulheres selecionadas foram distribuídas então em dois grupos, de acordo com a realização ou não do feticídio. De julho de 1994 a julho de 2001, 64 mulheres foram atendidas sem a realização de feticídio. De julho de 2001 a janeiro de 2006, 82 mulheres foram submetidas ao procedimento.

3.3. Variáveis em estudo

3.3.1. Variável independente

- Feticídio

3.3.2. Variáveis dependentes

- Métodos de preparo de colo
- Métodos de indução de parto
- Tempo de indução
- Procedimentos obstétrico-cirúrgicos
- Complicações
- Via de parto

3.3.3. Variáveis de controle

- Idade

- Procedência
- Estado civil
- Escolaridade
- Profissão
- Paridade
- Diagnóstico
- Idade gestacional no parto

3.3.4. Definição das variáveis

- Feticídio: Administração de solução cloreto de potássio a 19,1% (KCl) nas câmaras cardíacas fetais ou no cordão umbilical, com o objetivo de causar morte fetal intra-uterina por parada cardíaca, através de punção transabdominal materna, guiada por ultra-som, sob anestesia local. A quantidade da solução variou entre 05 e 10 mililitros.
- Métodos de preparo de colo: Técnicas ou medicações usadas, segundo protocolo previamente estabelecido, aplicadas com objetivo de tornar o colo uterino favorável ao parto vaginal.
- Métodos de indução do parto ou aborto: Técnicas ou medicações usadas, segundo protocolo previamente estabelecido e aplicadas rotineiramente nos casos com indicação de indução de parto ou aborto.
- Tempo de evolução do parto ou aborto: Foi considerado o período, em horas completas, registrado em prontuário, compreendido entre o início da utilização de condutas relacionadas à indução, incluindo o preparo de colo, até o momento da expulsão feto-placentária. A divisão do tempo em categorias foi realizada depois de coletados os dados.

- Via de parto: Modo de extração do concepto, definida como parto vaginal ou cesariana.
- Complicações clínicas: Intercorrências registradas no prontuário, durante o período compreendido entre o início da indução e a alta hospitalar, que resultaram em algum dano à saúde da mulher do ponto de vista clínico. As intercorrências a serem estudadas foram assim definidas:
 - **Hemorragia**: Definida como perda sangüínea puerperal calculada em mais de 500 mililitros. Foi considerada a imediata, ocorrida nas primeiras 24 horas do puerpério. Foi considerada como presente quando sua descrição foi explícita no prontuário (Brasil, 2000).
 - **Infecção puerperal**: Conceituada como a infecção que se origina do aparelho genital após parto ou aborto recente. A sua ocorrência foi considerada como presente quando registrada em prontuário (Brasil, 2000).
 - **Febre**: Definida como elevação da temperatura do corpo acima de 37,5°C, em decorrência de doença (Dale,1996), estando esta alteração registrada no prontuário.
 - **Rotura uterina**: Significando rotura completa ou incompleta da parede miometrial, relacionada ao corpo e ao segmento inferior do útero, que ocorre durante o trabalho de parto (Balsamo, 2000), de acordo com os registros em prontuário.
- Procedimentos obstétrico-cirúrgicos: Número absoluto de mulheres submetidas a procedimentos obstétrico-cirúrgicos, a saber: curagem, curetagem, episiotomia, laparotomia e histerectomia.

- Idade materna: Tempo de vida em anos completos, considerando-se a diferença entre a data de nascimento informada e a data da primeira consulta Pré-natal no Ambulatório Especializado do CAISM, registrado no prontuário.
- Profissão: Exercício ou não de atividade remunerada, conforme registrado no prontuário.
- Procedência: Cidade responsável pelo encaminhamento da gestante ao CAISM. A mulher foi considerada como procedente de Campinas ou de outra cidade, para fins de análise estatística.
- Paridade: Número total de partos ocorridos antes da atual gestação.
- Estado civil: Estado civil declarado pela mulher e registrado em prontuário por ocasião do início do Pré-natal. A mulher foi considerada como com parceiro fixo ou sem parceiro fixo, para fins de análise estatística.
- Escolaridade: Grau de escolaridade informado pela mulher e registrado em prontuário, sendo categorizado como não alfabetizada, ensino fundamental, médio, superior ou desconhecido, quando não informado no prontuário.
- Idade gestacional: Tempo de gravidez em semanas completas, aceita como idade gestacional real na primeira consulta de Pré-natal, conforme registrado no prontuário, para cálculo da idade gestacional no dia do parto.
- Diagnóstico de anomalia fetal: Diagnóstico explicitado no laudo médico enviado à Procuradoria, cuja cópia está anexada ao prontuário.

3.4. Coleta de dados

Todas as informações foram coletadas em fichas individuais, contendo o nome, o registro hospitalar e todas as variáveis estudadas. O modelo da ficha utilizada está disposto nos anexos (Anexo 7).

3.5. Processamento e análise dos dados

As informações foram armazenadas em um banco de dados gerado pelo *software* Microsoft Excel versão 2000. Para análise, os dados foram exportados para o *software* SAS versão 8.0.

Foram utilizados os testes estatísticos do χ^2 , teste exato de Fisher e a Regressão de Cox. com Intervalo de Confiança (IC) de 95% para controle das variáveis confundidoras. Em toda a análise estatística, consideraram-se significativos os resultados em que os *p* valores eram menores que 5%.

3.6. Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia e pelo Comitê de Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, conforme documentação anexa (Anexo 8).

4. Publicação

Revista de envio: Fetal Diagnosis and Therapy

(<http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=JournalHome&ProduktNr=24239>)

Title FETICIDE DOES NOT MODIFY LABOR INDUCTION TIME IN CASES OF MEDICAL TERMINATION OF PREGNANCY

Short title: SAFETY OF FETICIDE IN MEDICAL TERMINATION OF PREGNANCY

Authors: Luciana Vivas Silva; José Guilherme Cecatti; João Luiz de Carvalho Pinto e Silva, Eliana Martorano Amaral, Ricardo Barini

Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, *Universidade Estadual de Campinas*

Campinas, São Paulo - Brazil

Correspondence to:

Prof. Dr. Ricardo Barini
Cidade Universitária Zeferino Vaz
Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
Disciplina de Obstetrícia - Departamento de Tocoginecologia
Avenida Alexander Fleming 101 CEP: 13083-970
Campinas, 24/11/06
e-mail: barini@caism.unicamp.br

Telefone: 0XX19-3788-9336

FETICIDE DOES NOT MODIFY INDUCTION TIME IN CASES OF MEDICAL TERMINATION OF PREGNANCY

Authors: Luciana V Silva; José G Cecatti; João L C P Silva, Eliana M Amaral, Ricardo Barini

Keywords: feticide, termination of pregnancy, fetal malformation, labor, fetal death, maternal complications

OBJECTIVES: To comparatively evaluate women who underwent medical termination of pregnancy (TOP) with and without feticide, regarding their general characteristics and clinical course. **METHODS:** An operational research was conducted to comparatively analyze 146 women of diverse gestational ages, with follow-up in the Fetal Medicine Service of the Women's Integral Healthcare Center (CAISM-UNICAMP) from July 1994 to January 2006, who had a sonographic or genetic diagnosis of fetal abnormality incompatible with postnatal life and chose to terminate their pregnancy with a judicial authorization. Women undergoing feticide after July 2001 (n= 82) and women whose labor induction was performed without feticide before July 2001 (n= 64) were compared regarding general characteristics (maternal age, parity, marital status, school education and gestational age at labor) and clinical aspects (labor induction time, procedures performed and complications). **RESULTS:** School education was higher ($p < 0.0001$), gestational age at labor was lower ($p = 0.003$) and the number of obstetrical procedures was higher ($p = 0.001$) in the feticide group. Labor induction

time and complication rates were similar in both groups. **CONCLUSION:** Feticide does not alter the clinical obstetrical course of women undergoing medical termination of pregnancy and may be applied in cases of fetal disease that is incompatible with perinatal survival, posing no risk to maternal health, regardless of the gestational age.

INTRODUCTION

In Brazil, pregnancy termination in cases of unviable fetuses is only allowed with judicial authorization. Brazilian law permits abortion only in cases of rape or risk to maternal life. Otherwise it is considered a crime, with penalty anticipated in the Brazilian Penal Code [1]. In the Prenatal Outpatient Facility Specializing in Fetal Medicine of the Women's Integral Healthcare Center (CAISM) of the *Universidade Estadual de Campinas* (UNICAMP), pregnancy termination with judicial authorization has been performed since July 1994. Annually, the Outpatient Facility examines about 250 new cases in the area of fetal medicine. On average, 10% of these cases are fetal abnormalities incompatible with extrauterine life and the family chooses to advance labor in half of the cases. From July 1994 to January 2006, 166 pregnancy terminations were performed with judicial authorization, and the majority of the cases were malformations of the Central Nervous System, followed by malformations of the Genitourinary Tract and Polymalformative Syndromes.

Until 2001, 64 judicial terminations were performed in the Service, all in women receiving follow-up at CAISM. Induction of labor or abortion was started without any previous procedure for inducing fetal demise. As of 2001, with support from the literature and after a favorable opinion issued by the Regional Council of Medicine of the State of São Paulo, induction was performed after the administration of 19.1% potassium chloride solution into fetal circulation, through ultrasound-guided puncture of the pregnant woman's abdomen to cause fetal death (Consultation 23.480/98, homologated in the plenary session of 09.11.1999). This procedure

is named feticide and is described in the literature as a practice applied mainly to fetuses starting from the second trimester, who could be kept alive after birth even during a short period of time despite severe malformations, a fact that has medical, ethical and judicial implications [2,3].

The practice of feticide can also be viewed as a procedure that assists in the induction of labor, accelerating the process due to fetal demise. In a prospective study, Srisomboon and Pongpisuttinun [4] compared two groups of pregnant women whose labor was induced, one group with a live fetus and the other group with a dead fetus. Induction time was significantly shorter in women with a dead fetus than in the group with a live fetus. A more recent study compared labor induction in live malformed fetuses and dead fetuses and confirmed that induction time was significantly shorter in the group with dead fetuses [5].

Regarding complications, one case of sepsis after the performance of feticide for chromosomal disorder in a fetus with trisomy of chromosome 13 [6] and one case of maternal cardiac arrest after attempting potassium chloride administration for induction of fetal death were reported, with full maternal recovery after adequate resuscitation [7]. Nevertheless, there is criticism regarding the procedure, especially in third trimester pregnancies, which is a period of fetal viability [8]. Ethical aspects have also raised issues such as the unborn child's right to life and maternal choice [9,10,11].

Despite discussions centered on the topic, feticide is a procedure that poses low risk to maternal health and the occurrence of associated complications is rare, estimated at about 0.6%, as are other similar procedures, such as amniocentesis. Its performance in specialized services of developed countries is

a frequent practice in pregnancies after 19 weeks, depending on the protocol established [12,2].

The aim of this study was to describe the characteristics of women who underwent pregnancy termination after diagnosis of fetal anomaly incompatible with perinatal life and their clinical course, with judicial authorization, comparing women who underwent feticide to those who did not, considering methods used for induction of labor or abortion, induction time, complications and the occurrence of caesarean section in both groups.

MATERIAL AND METHODS

The study was an operational research, aimed at evaluating repercussions of feticide, which was not performed until 2001 for cases of medical pregnancy termination, in comparison to the subsequent period. All cases of judicial termination of pregnancy due to lethal fetal anomaly were selected from July 1994 to January 2006, achieving a total of 166 cases studied. Of these, 20 cases were excluded for the following reasons: 11 cases were deliveries occurring in another service; five cases were spontaneous deliveries that did not require methods of induction, two cases with fetal death before feticide; one pregnant woman gave up to interrupt and one case was a clinical record with insufficient data for analysis.

The introduction of feticide was established in the Fetal Medicine Service of CAISM as of 2001, after a favorable opinion was issued by the Regional Council of Medicine of the State of São Paulo. The total number of cases included was 146 pregnant women, distributed according to the performance or not of feticide.

Until 2001, 64 pregnant women had not undergone feticide and after that date, 82 women had been managed with the procedure.

Both groups were comparatively evaluated regarding general and obstetric characteristics: maternal age, school education, marital status, origin, profession, number of previous pregnancies, gestational age at labor, diagnosis of fetal anomaly, methods for induction of labor or abortion, use of cervical ripening and surgical-obstetrical procedures performed. As main results, type of delivery, time elapsed since onset of induction until the expulsion of the fetus and complications occurring were compared in both groups. Induction time was defined as the period between the beginning of cervical ripening and expulsion of the fetus.

The feticide procedure was performed under ultrasound guidance by the team of Fetal Medicine after confirming the diagnosis, providing explanations to the woman and family and obtaining a written informed consent. A fetal intracardiac injection of 19.1% potassium chloride solution was administered. All women were under the care of an interdisciplinary team, including a social worker and a psychologist. After the feticide, pregnant women underwent induction of labor or abortion using different procedures according to gestational age and conditions of the cervix. The methods preferentially used for cervical ripening were vaginal misoprostol and alternatively laminaria, hyaluronidase and cervical balloon (Foley catheter). They were applied alone or in combination to both groups in a similar manner. Methods of labor or abortion induction were misoprostol, oxytocin or the combination of both.

Statistical analysis used the χ^2 test, Fisher's test and Cox Regression with 95% confidence interval, to evaluate the association between studied variables. For

different induction times crude, risk ratios and their adjusted respective 95% CI were calculated. The project was previously approved by the Research Ethics Committee of the institution.

RESULTS

The general characteristics of the women studied are in Table 1. Only maternal school education and gestational age showed significant differences between the studied groups. The feticide group had a higher school education ($p < 0.0001$) and lower gestational age at the time of pregnancy termination ($p = 0.003$).

TABLE 1

In a comparison between the groups, Table 2 shows fetal pathological conditions that led to pregnancy termination, distributed in a similar manner.

TABLE 2

Table 3 shows that the number of surgical procedures performed was higher in the feticide group (82.9% versus 65.6%). The difference between the number of procedures in both groups was statistically significant ($p = 0.01$). The majority of the procedures were manual extraction of placenta, curettage or both, accounting for about 66% of total procedures in both groups. Two hysterectomies (one in each group) and four episiotomies were performed (two in each group). Both hysterectomy cases had signs of infection. Hysterectomy on the group without feticide was performed in a woman with 19 weeks

pregnancy with four previous vaginal deliveries. The fetus was delivered after nine hours of labor induction and uterine atony evolved requiring blood transfusion. Puerperal hysterectomy was necessary to control bleeding. Patient was sent to Intensive Care Unit and was discharged from the hospital fourteen days after birth. Hysterectomy on the feticide group was necessary for a woman at 25 weeks gestation with two previous cesarean sections. Her labor was induced with oxytocin for 144 hours. After vaginal delivery, uterine rupture was diagnosed during post partum curettage and an abdominal hysterectomy was carried out. The patient was discharged from the hospital fifteen days post partum.

Of the 146 pregnant women, 14 did not use methods of cervical ripening (five from the feticide group and nine from the other group). In women who used those methods, misoprostol administered vaginally was the drug of choice for cervical ripening in the majority of cases. Methods used for labor induction were also similar between both groups.

The type of delivery was predominantly vaginal and similar in both groups. Seven deliveries were iterative caesarian sections (3 in the feticide group and 4 in the non-feticide group). Vaginal delivery accounted for 98% of deliveries in both groups, excluding iterative caesarian sections. The occurrence of complications was similar in both groups (19.5% in the feticide group versus 21.9% in the non-feticide group). The most frequent complications were placental retention (10 cases) and perineal laceration (skin and mucosa, also 10 cases). Of the six cases of infection recorded, four occurred in the non-feticide group, and two patients had septicemia. No case of maternal death was reported.

TABLE 3

The induction time was similar in both groups. The mean time was 53.8 hours (± 46.2 SD) in the feticide group and 42.9 (± 36.7 SD) hours in the non-feticide group. Considering the different methods used (misoprostol, oxytocin, alone or combined), there were also no significant differences between both groups as shown on Table 4. Cox regression analysis was performed to control variables that could confound dependent variable analysis results. Variables with $p < 0.05$ (gestational age and schooling) were controlled, as well as profession, which estimated p value was between 0.05 and 0.1 that could interfere on results. Regression analysis demonstrated that there were no differences on induction time for both groups, considering cases all together or according to different induction techniques used.

TABLE 4

DISCUSSION

The results of this study indicate that performance of feticide associated with pregnancy termination of fetuses with lethal anomalies is a safe procedure that does not alter the clinical obstetrical course of patients. Feticide is applied in major international referral centers for cases of pregnancy termination due to fetal anomaly at gestational age above to 24 weeks. This practice began to be used to abbreviate the termination process and to minimize controversy about neonatal care [2,13].

In the Fetal Medicine Service of CAISM, feticide may only be performed after judicial authorization allowing termination of pregnancy. Abortion is considered a crime in Brazil and exceptions to the rule are pregnancies caused by rape or cases of risk to the mother's life. Although maternal complication secondary to feticide has already been described in the literature, there is no evidence of real risk due to this procedure, and it is a safe practice in principle [6,7].

The psychological aspects of feticide have been widely discussed in the literature and were also studied in the institution [14]. This study evaluated the experience of women faced with the process of pregnancy termination for lethal fetal anomaly. Feticide was perceived as the most difficult moment women faced during the termination process. However, pregnant women undergoing this practice reaffirmed that they were certain about the decision taken in the immediate and follow-up period.

The present study sought to comparatively evaluate women who underwent pregnancy termination with and without feticide. Performance of this procedure was not conditioned to the will of the pregnant woman, but to a change in the protocol adopted since 2001 by the Service. It is routine in every termination case. This change did not alter the ratio of termination requirements in the service, and the number was maintained around 46% of cases seen annually. Analysis of the results showed a higher level of school education, lower gestational age at delivery and a higher number of procedures performed in the feticide group.

Regarding school education, it is possible that this result reflects an increase in the level of education of the Brazilian population from 1998 to 2003, as registered by the National Census of the Brazilian Institute of Geography and

Statistics (IBGE). The illiteracy rate in the country decreased from 19% to less than 13% during this period and school education for women also increased [15]. In 1991, women with 8 or more years of schooling corresponded to 35.1% of the total of women aged from 15 to 49 years (reproductive age) and in 2004, this percentage reached 58.5% [16].

Regarding the lower gestational age in this group, it is possible that this difference may be related to the schooling level of this population. In a previous study, it was observed that 80% of women with school education above to primary education started prenatal care earlier, as early as the third month of gestation, a fact that was not confirmed in those with a lower education level [17].

The larger number of procedures in the feticide group may reflect the difference in the gestational age of both groups. Termination in earlier gestational age would justify the greater need for manual extraction and curettage. Lower gestational age may be related to earlier prenatal care sought by a female population that also chose to advance labor, with higher school education and better access to information.

The groups behaved in a very similar manner regarding induction time and the fact that performing feticide did not mean a greater risk to the mothers. Feticide did not prove to be an interfering factor in the induction of labor or abortion. The application of effective drugs, such as oxytocin and misoprostol, allowed the occurrence of vaginal delivery in almost all cases followed (98% in both groups).

Results of the present study allowed us to confirm that feticide does not modify the course of labor or abortion, in cases of medical pregnancy termination. Although there may still be ethical conflict regarding the application of the

procedure in these cases, the procedure may be performed with no additional damage to the woman's health.

The statistically significant differences found regarding women's school education, gestational age and procedures performed are probably due to a cohort effect and related to changes occurring in the social demographic pattern of the Brazilian population during the period, with improvement in education, leading women to seek earlier prenatal care. Earlier gestational age justifies the greater use of supplementary procedures.

The performance of feticide proved to be a type of management that is liable to be used by tertiary services, according to institutional criteria and with support of the local legislation in force. Its practice does not interfere in the course of labor nor is it related to a higher rate of complications. Furthermore, application of feticide is especially justified in cases where gestational age is advanced and perinatal survival of the fetus is uncertain, despite the definitive and irreversible lethal prognosis.

ACKNOWLEDGEMENTS

We thank the Research Support Foundation of the State of São Paulo (FAPESP – Process 05/56571-0), for financing the study and also the multidisciplinary team of the Fetal Medicine Service of the Women's Integral Healthcare Center (CAISM – UNICAMP) for the invaluable assistance.

REFERENCES

1. Brasil. Código Penal Brasileiro. Decreto-lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Parte Especial Título I, Cap I.
2. Isada NB, Pryde PG, Johnson MP, Hallak M, Blessed WB, Evans MI. Fetal intracardiac potassium chloride injection to avoid the hopeless resuscitation of an abnormal abortus: I. Clinical issues. *Obstet Gynecol* 1992; 80(2): 296-9.
3. Fletcher JC, Isada NB, Pryde PG, Johnson MP, Evans MI. Fetal intracardiac potassium chloride injection to avoid the hopeless resuscitation of an abnormal abortus: II. Ethical issues. *Obstet Gynecol* 1992; 80(2): 310-3.
4. Srisomboon J, Pongpisuttinun S. Efficacy of intracervicovaginal misoprostol in second-trimester pregnancy termination: a comparison between live and dead fetuses. *J Obstet Gynaecol Res* 1998; 24(1):1-5.
5. Al-Taani MI. Termination of second trimester, complicated gestation. *East Mediterr Health J* 2005; 11 (4): 657-62.
6. Mui SVLK, Chitrit Y, Boulanger MC, Maisonneuve L, Choudat L, Bièvre P. Sepsis due to *Clostridium perfringens* after pregnancy termination with feticide by cordocentesis: a case report. *Fetal Diagn Ther* 2002; 17: 124-6.
7. Coke GA, Baschat AA, Mighty HE, Malinow AM. Maternal cardiac arrest associated with attempted fetal injection of potassium chloride. *Int J Obstet Anesth.* 2004 Oct;13(4):287-90.

8. Garel M, Kaminski M. Opinion des patients et des soignants sur l'IMG du troisieme trimestre. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2002; 31 (Suppl 1): 2S84-90.
9. Callahan JC. Ensuring a stillborn: the ethics of fetal lethal injection in late abortion. J Clin Ethics 1995; 6(3):254-63.
10. Fletcher JC. On learning from mistakes. J Clin Ethics 1995; 6(3): 254-63.
11. Spielman B. Certainty and agnosticism about lethal injection in late abortion. J Clin Ethics 1995; 6(3): 270-2.
12. Senat MV, Fischer C, Bernard JP, Ville Y. The use of lidocaine for feticide in late termination of pregnancy. Br J Obstet Gynaecol 2003; 110: 296-300.
13. Gill P, Cyr D, Afrakhtah M, Mack L, Easterling T. Induction of fetal demise in advanced pregnancy terminations: report on a fundic potassium chloride protocol. Fetal Diagn Ther. 1994 Jul-Aug;9(4):278-82
14. Costa LLF, Hardy E, Osis MJD, Faúndes A. Termination of pregnancy for fetal abnormality incompatible with life: Women's experiences in Brazil. Reprod Health Matters 2005; 13 (26): 139-46.
15. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [on line] 2005. [access in 05 of may of 2006]. Available from URL:http://www.ibge.com.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=580&id_pagina=1.

16. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [on line] 2005. [access in 12 of April of 2006] Available from URL:http://www.ibge.com.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=580&id_pagina=1.
17. Osis MJD, Hardy E, Faúndes A, Alves G. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no estado de São Paulo, Brasil. Rev. Saúde Pública 1993; 27(1): 49-53.

Table 1 – Characteristics of women who underwent medical pregnancy termination according to performance of feticide

General Characteristics	Feticide				p-value *
	Yes		No		
	n	%	n	%	
Maternal age					<i>0.9817</i>
Up to 25 years	45	54,9	35	54.7	
> 25 years	37	45.1	29	45.3	
School education **					<i>< 0.0001</i>
Primary Education	33	40.2	47	78.3	
> Primary education	49	59.8	13	21.7	
Marital status					<i>0.2231</i>
With partner	64	78	55	85,9	
No partner	18	22.0	9	14.1	
Origin					<i>0.5661</i>
Campinas	24	29.3	16	25.0	
Another city	58	70.7	48	75.0	
Profession (activity)***					<i>0.0754</i>
Paid	38	46.3	20	31.7	
Unpaid	44	53.7	43	68.3	
Number of pregnancies					<i>0.2621</i>
Primigravida	33	40,2	20	31.3	
> 4 pregnancies	49	59.8	44	68.7	
Gestational age					<i>0.0035</i>
Up to 24 weeks	37	45.1	14	21.9	
> 24 weeks	45	54.9	50	78.1	
Total	82		64		

* chi-square test

** we excluded four cases with indeterminate school education

*** we excluded one case with indeterminate profession

Table 2 – Diagnoses of fetal pathological conditions incompatible with extra uterine life according to performance of feticide

Fetal pathological conditions	Feticide				p-value
	Yes		No		
	n	%	n	%	
CNS	53	64.6	41	64.1	0.7719*
GUT	13	15,9	15	23.4	
Chromosomal abnormalities	6	7.3	3	4.7	
PMS	4	4.9	3	4.7	
Imperfect gemelarity	4	4.9	1	1.6	
Lethal skeletal dysplasia	2	2.4	1	1.6	
Total	82		64		

* Fisher's Exact test

CNS: Central Nervous System

GUT: Genitourinary Tract

PMS: Polymalformative Syndromes

Table 3 – Characteristics of procedures, methods of induction and results of medical pregnancy termination according to the performance of feticide

Characteristics	Feticide				p-value
	Yes		No		
	n	%	n	%	
Procedures					<i>0.0161**</i>
Yes	68	82.9	42	65.6	
No	14	17.1	22	34.4	
Ripening of the cervix (n= 132)†					<i>0.4717**</i>
Misoprostol	59	76.6	45	81.8	
Other methods	18	23.4	10	18.2	
Methods of induction (n= 137)††					<i>0.1347**</i>
Misoprostol	59	76.6	39	65.0	
Oxytocin or Oxytocin + misoprostol	18	23.4	21	35.0	
Types of delivery (n= 139)†††					<i>1.0000*</i>
Vaginal	78	98.7	59	98.3	
Cesarian	1	1.3	1	1.7	
Complications (n= 146)					<i>0.7259**</i>
With complications	16	19.5	14	21.9	
No complications	66	80.5	50	78.1	

* Fisher's Exact test

** chi-square test

† fourteen cases that did not use ripening of the cervix were excluded

†† nine cases that did not use methods of induction were excluded

††† seven cases of iterative caesarian sections were excluded

Table 4 – Crude and adjusted risk ratio (by maternal schooling, gestational age and profession) for induction time, according to the performance of feticide

Induction time	Feticide		Crude RR (95%CI)*	Adjusted RR (95%CI)*
	Yes n (%)	No n (%)		
All cases **				
Até 24 h	24 (31,2)	23 (41,1)	1,00	1,00
25 a 48 h	20 (26,0)	13 (23,2)	1,21 (0,67 - 2,17)	1,29 (0,71 - 2,33)
> 48 h	33 (42,9)	20 (35,7)	1,23 (0,73 - 2,08)	1,23 (0,73 - 2,07)
Misoprostol				
Até 24 h	21 (35,6)	20 (54,1)	1,00	1,00
25 a 48 h	18 (30,5)	8 (21,6)	1,35 (0,72 - 2,54)	1,38 (0,73 - 2,62)
> 48 h	20 (33,9)	9 (24,3)	1,35 (0,73 - 2,48)	1,21 (0,65 - 2,26)
Ocytocin ou Ocytocin+misoprostol				
Até 24 h	3 (16,7)	3 (15,8)	1,00	1,00
25 a 48 h	2 (11,1)	5 (26,3)	0,57 (0,10 - 3,42)	0,84 (0,12 - 5,76)
> 48 h	13 (72,2)	11 (57,9)	1,08 (0,31 - 3,80)	1,18 (0,32 - 4,29)
Total†	77	56		

* RR: risk ratio estimated after Cox regression. CI: confidence interval

** 13 cases were excluded (nine did not undergo induction and four had indeterminate schooling)

5. Conclusões

- Os dois grupos de mulheres estudados foram semelhantes em relação à maioria das características estudadas. No entanto, algumas diferenças foram encontradas em relação à idade gestacional, menor no grupo submetido ao feticídio e a escolaridade, maior neste mesmo grupo.
- Os métodos de indução do parto ou aborto utilizados foram semelhantes entre os grupos estudados, o mesmo acontecendo com os métodos de preparo de colo.
- Não houve diferença significativa em relação ao tempo transcorrido entre o início da indução do parto ou aborto e o referido desfecho, nos dois grupos estudados.
- A ocorrência de complicações clinico-obstétricas foi semelhante entre os dois grupos. O número de procedimentos obstétrico-cirúrgicos foi significativamente maior nas mulheres submetidas ao feticídio, em especial curagem e curetagem.
- O tipo de parto foi semelhante nos dois grupos de mulheres, sendo a grande maioria de partos vaginais. O número de cesarianas também foi semelhante.

6. Referências Bibliográficas

Aguiar MJB, Campos AS, Aguiar RALP, Lana AMA, Magalhães RL, Babeto LT. Neural tube defects and associated factors in liveborn and stillborn infants. *J Pediatr* 2003; 79(2):129-34.

Al-Taani MI. Termination of second trimester, complicated gestation. *East Mediterr J* 2005; 11(4): 657-62.

Brasil. Código Penal Brasileiro. Decreto-lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Parte Especial Título I, Cap I. **Dos crimes contra a vida.**

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [on line] 2005. [acesso em 05 de maio de 2006]. Disponível em URL:http://www.ibge.com.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=580&id_pagina=1.

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [on line] 2005. [acesso em 12 de abril de 2006] Disponível em URL:http://www.ibge.com.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=580&id_pagina=1.

Brasil. Câmara dos Deputados [on line] 2005. [acesso em 10 de maio de 2006]. Disponível em URL: www.camara.gov.br/sileg/Prop_Lista.asp?ass1=interrupção&co1=%20AND%20&Ass2=gravidez&co2=Ass3.

Brasil. Ministério da Saúde. **Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna** / Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília, DF, 2000.

Brasil. Supremo Tribunal Federal (STF) [on line] 2004. [acesso em 01 de maio de 2005]. Disponível em <<http://www.stf.gov.br>>.

Brum E, A guerra dos embriões. **Época** [on line] mar 2004 [acesso em 1 de junho de 2006]. Disponível em: URL:
<http://revistaepoca.globo.com/Epoca/0,6993,EPT695764-1664,00.html>

Burgoine GA, Kirk SDV, Romm J, Edelman AB, Jacobson SL, Jensen JT. Comparison of perinatal grief after dilation and evacuation or labor induction in second trimester terminations for fetal anomalies. **Am J Obstet Gynecol** 2005; 192:1928-32.

Callahan JC. Ensuring a stillborn: the ethics of fetal lethal injection in late abortion. **J Clin Ethics** 1995; 6(3):254-63.

Castilla EE, Oriolli IM. Epidemiology of neural tube defects in South America. **Am J Med Genet** 1985; 22(4):695-702.

Coke GA, Baschat AA, Mighty HE, Malinow AM. Maternal cardiac arrest associated with attempted fetal injection of potassium chloride. **Int J Obstet Anesth** 2004; 13(4):287-90.

Costa LLF, Hardy E, Osis MJD, Faúndes A. Termination of pregnancy for fetal abnormality incompatible with life: Women's experiences in Brazil. **Reprod Health Matters** 2005; 13(26):139-46.

Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GDV, Clark SL. **Williams Obstetrics**. 20ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A; 2000. p.693-4.

Dale, DC. The Febrile Patient. In: Bennett, JC e Plum, F. **Cecil Textbook of Medicine**. 20ª edição. Philadelphia, USA: W. B. Saunders Company, 1996.

Diniz D, Ribeiro DC. **Aborto por anomalia fetal**. 1ª reimpressão. Brasília: Editora Letras Livres; 2004. p. 149.

Diniz D. **Conflitos morais e bioética**. Brasília: Editora Letras Livres, 2001. p. 212.

Diniz D. O aborto seletivo no Brasil e os alvarás judiciais. **Bioética** 1997; 5(1): 19-24.

Diniz D, Almeida M. Bioética e Aborto. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V. **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 125-138.

Dommergues M, Cahen F, Garel M, Mahieu-Caputo D, Dumez Y. Feticide during second and third trimester termination of pregnancy: opinions of health care professionals. **Fetal Diagn Ther** 2003; 18(2):91-7.

Eisenberg B, Wapner RJ. Clinical procedures in prenatal diagnosis. **Best Practice Clin Res Obstet Gynaecol** 2002; 16(5):611-27.

Evans MI, Goldberg JD, Dommergues M, Wapner RJ, Lynch L, Dock BS et al. Efficacy of second-trimester selective termination for fetal abnormalities: International collaborative experience among the world's largest centers. **Am J Obstet Gynecol** 1994; 171(1):90-4.

Faundes A, Barzelatto J. **O drama do aborto em busca do Aborto**. Campinas. Ed. Komedi; 2004. p.183-97.

Fletcher JC, Isada NB, Pryde PG, Johnson MP, Evans MI. Fetal intracardiac potassium chloride injection to avoid the hopeless resuscitation of an abnormal abortus: II. Ethical issues. **Obstet Gynecol** 1992; 80(2):310-3.

- Fletcher JC. On learning from mistakes. **J Clin Ethics** 1995; 6(3):254-63.
- Frigerio MV, Salzo I, Pimentel S, Gollop TR. Aspectos éticos e jurídicos do abortamento seletivo no Brasil. **Rev Soc Bras Med Fetal** 2001; 12:1-7.
- Garel M, Cahen F, Gaudebout P, Dommergues M, Goujard J, Dumez Y. Opinions of couples on care during medical termination of pregnancy. **Gynecol Obstet Fert** 2001; 29 (5): 358-70.
- Garel M, Kaminski M. Opinion des patients et des soignants sur l'IMG du troisieme trimestre. **J Gynecol Obstet Biol Reprod** 2002; 31(Suppl 1):2S84-90.
- Gill P, Cyr D, Afrakhtah M, Mack L, Easterling T. Induction of fetal demise in advanced pregnancy terminations: report on a funic potassium chloride protocol. **Fetal Diagn Ther** 1994; 9(4):278-82.
- Gomes JCM. Aspectos éticos do diagnóstico pré-natal. **Bioética** 2003; 11(2):117-28.
- Horovitz DDG, Junior JCL, Matos RA. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2005; 21(4):1055-64.
- Isada NB, Pryde PG, Johnson MP, Hallak M, Blessed WB, Evans MI. Fetal intracardiac potassium chloride injection to avoid the hopeless resuscitation of an abnormal abortus: I. Clinical issues. **Obstet Gynecol** 1992; 80 (2): 296-9.
- Jacobson CB, Barter RH. Intrauterine diagnosis and management of genetic defects. **Am J Obstet Gynecol** 1967; 99:796-805.
- Klaus MH, Kennel JH. **Parent-Infant Bonding**, segunda edição. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda; 1993. p. 245-307.
- Lee SJ, Ralston HJP, Drey EA, Partridge JC, Rosen M. Fetal pain: A Systematic Multidisciplinary Review of the Evidence. **JAMA** 2005, 294(8):947-54.

- Leuthner SR. Fetal palliative care. **Clinics in Perinatology** 2004; 31:649-65.
- Miskin M, Doran TA, Rudd N, Gardner HA, Liedgren S, Benzie R. Use of ultrasound for placental localization in genetic amniocentesis. **Obstet Gynecol** 1974; 43:872-7.
- Mui SVLK, Chitrit Y, Boulanger MC, Maisonneuve L, Choudat L, Bièvre P. Sepsis due to *Clostridium perfringens* after pregnancy termination with feticide by cordocentesis: a case report. **Fetal Diagn Ther** 2002; 17: 124-126.
- Nassaralla SM, Nassaralla JJ. High incidence of anencephaly and legal rights. **Braz J Med Biol Res** 1996 Oct;29(10):1301-1306.
- Neme, B. **Obstetrícia Básica**. 2ª edição. São Paulo, Brasil. Editora Sarvier, 2000, p1362.
- Osis MJD, Hardy E, Faúndes A, Alves G. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública** 1993; 27(1): 49-53.
- Rauch ER, Smulian JC, DePrince K, Ananth CV, Marcella SW. Pregnancy interruption after second trimester diagnosis of fetal structural anomalies: The New Jersey Fetal Abnormalities Registry. **Am J Obstet Gynecol** 2005; 193:1492-7.
- Rayburn WF, LaFerla JJ. Second-trimester pregnancy termination for genetic abnormality. **J Reprod Med** 1982; 27(9):584-8.
- Roux PA, Pahal GS, Hoffman L, Nooh R, El-Refaey H, Rodeck CH. Seconde trimester termination of pregnancy for fetal anomaly or death: comparing mifepristone/Misoprostol to gemeprost. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol** 95 2001; 52-54.
- Sanders RC. Prenatal Ultrasound Detection of Anomalies with a Lethal or Disastrous Outcome. **Radiol Clin North Am** 1990; 28(1):163-77.

Schechtman KB, Gray DL, Baty JD, Rothman SM. Decision-making for termination of pregnancies with fetal anomalies: Analysis of 53.000 pregnancies. **Obstet Gynecol** 2002; 99(2):216-2.

Seeds JW. Diagnostic mid trimester amniocentesis: how safe? **Am J Obstet Gynecol** 2004; 191:608-16.

Senat MV, Fischer C, Bernard JP, Ville Y. The use of lidocaine for feticide in late termination of pregnancy. **Br J Obstet Gynaecol** 2003; 110:296-300.

Setúbal MSV, Messias TSC, Milanez H, Barini R. Interrupção legal em gestações de fetos com patologias letais: aspectos epidemiológicos e emocionais. **Reprod Clin** 2003; 18:41-5.

Soifer R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

Spielman B. Certainty and agnosticism about lethal injection in late abortion. **J Clin Ethics** 1995; 6(3): 270-2.

Srisomboon J, Pongpisuttinun S. Efficacy of intracervicovaginal misoprostol in second-trimester pregnancy termination: a comparison between live and dead fetuses. **J Obstet Gynaecol Res** 1998; 24(1):1-5.

Suresh L, Radfar L. Pregnancy and lactation. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 2004; 97(6):672-82.

Victoria CG, Barros FC. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. **Sao Paulo Med J** 2001; 119(1):33-42.

7. Bibliografia de Normatizações

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4^a ed.,
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade
de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98
(alterada 2005).

8. Anexos

8.1. Anexo 1 – Relatório médico emitido pelo Serviço de Medicina Fetal do CAISM para os casos de Interrupção Médica da Gestação

 <p>UNICAMP</p>	<p>Cidade Universitária Zeferino Vaz Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher Disciplina de Obstetrícia - Departamento de Tocoginecologia Avenida Alexander Fleming 101 CEP: 13083-970 Campinas, 24/11/06 e-mail: barini@caism.unicamp.br Telefone: 0XX19-3788-9336</p>
--	--

LAUDO MÉDICO

Examinamos a Sra., anos, procedente de, Estado de Esta senhora está cursando sua primeira gravidez, hoje naª semana a partir da data da última menstruação. O exame ultrasonográfico desta paciente realizado em nosso Serviço na data de revela feto único com movimentos fetais e batimentos cardíacos presentes. O diagnóstico ultra-sonográfico é de gravidez de semanas e anencefalia.

Esta situação, considerada letal para o feto, e pode cursar com óbito intra-uterino ou atingir idade gestacional de termo. A gravidez quando complicada por aumento do volume do líquido amniótico está sujeita ao desenvolvimento de hipertensão arterial materna e alterações da mecânica do trabalho de parto. Não há na literatura médico relato de sobrevivência neonatal (pós-parto) destes produtos gestacionais, exceto por horas ou excepcionalmente dias, pela ausência de integridade dos tecidos cerebrais. (Referências: -1- "Diagnosis of fetal abnormalities – the 18-23 weeks scan" Ginaluigi Pulu & Kypros Nicolaides, The Parthenon Publishing Group Ltd. London, UK. 1999.2- "Williams Obstetrics", 19th Edition, Cunningham, MacDonald, Gant, Leveno & Gilstrap, 1993, Ed. Appleton & Lange, Capítulo 40, páginas 928-9).

Nome do Coordenador do Serviço de Medicina Fetal
Disciplina de Obstetrícia
DTG/FCM/CAISM/UNICAMP

Nome da Diretoria de Área e da Disciplina de Obstetrícia
DTG/FCM/CAISM/UNICAMP

Programa de Medicina Fetal
Coordenação: Prof. Dr. Ricardo Barini
Professor Adjunto da Disciplina de Obstetrícia DTG/FCM/UNICAMP

8.2. Anexo 2 – Parecer psicológico



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER
SERVIÇO DE PSICOLOGIA**

PARECER PSICOLÓGICO (DOC.- SPSI)

A paciente,anos, grávida desemanas, procedente de, procurou o Ambulatório de Medicina Fetal do CAISM/UNICAMP, encaminhada pelo Pré-natal de origem, após achado ecográfico que diagnosticava uma malformação, que é grave e incompatível com a vida:

Esta é agestação do casal, juntos háanos. Tem.....filhos (não) saudáveis deanos de idade. A gestação (não) foi planejada e (não) desejada pelo casal. A notícia da malformação causou grande impacto emocional na vida da paciente, trazendo dor e sofrimento psíquico a mesma, seu esposo e também toda a família.

Após o diagnóstico ecográfico feito no CAISM/UNICAMP, houve a possibilidade da paciente e seu esposo refletirem sobre a dramática situação que vivem atualmente. Desta maneira, pensam que a interrupção da gestação, uma vez que a patologia é incompatível com a vida e que não existem maneiras de tratá-la, amenizaria o sofrimento pelo qual estão passando e anteciparia o processo de reorganização emocional, para assim seguirem o curso normal de suas vidas.

Estão cientes do processo legal a que vão recorrer e contam com o apoio da família nesta decisão.

Coloco-me a disposição para os possíveis esclarecimentos que se façam necessários.

Campinas, dede.....

Nome do psicólogo responsável
CRP:.....Mat.....
Serviço de Psicologia do CAISM/UNICAMP

8.3. Anexo 3 – Encaminhamento à Procuradoria de Campinas



**SERVIÇO SOCIAL
CAISM**

À
PROCURADORIA DE CAMPINAS

REF: NOME _____
IDADE: _____ **ESTADO CIVIL:** _____
ENDEREÇO: _____

A paciente acima foi encaminhada ao nosso Serviço com o diagnóstico de malformação fetal nesta gestação.

Foi submetida a exames médicos e ecográficos em nosso Hospital, onde se constatou a malformação incompatível com a vida, conforme laudo em anexo.

Diante deste diagnóstico, _____ solicita a interrupção da gestação. Foi (foram) orientada (dos) sobre os aspectos legais que envolvem sua decisão.

Encaminhamos para as providências legais e antecipadamente agradecemos.

Atenciosamente,

CAISM, ____ de _____ de _____.

Nome da Assistente Social responsável
CRESS.....

CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER - SERVIÇO SOCIAL – **CAISM UNICAMP**
Rua Alexandre Fleming, 101 – Cidade Universitária Zeferino Vaz - Campinas/SP 13083 970 – Caixa Postal
6081 Fone: (19) 3788-9422 – fax: (19) 3788-9330 - e-mail: serv_social@caism.unicamp.br

8.4. Anexo 4 – Autorização judicial

DIREITO AO ABORTAMENTO NECESSÁRIO

Vara do Júri e Execuções Criminais da Comarca de Campinas-SP PROCESSO N. (...)

"De tal contexto probatório, resulta clara a inexistência de qualquer justificativa a que se obrigue a apelante a levar a termo uma gravidez em que é absolutamente inviável a sobrevivência do nascituro, em detrimento de sua sanidade psicológica, e até mesmo física, sendo certa a inexistência de vida humana na espécie, eis que se está diante de um ser que somente apresenta outros sinais vitais por sugar as energias e substâncias do corpo materno, e nada mais" (Tribunal de Alçada de Minas Gerais, Ap. n. 219.008-9; por v. u. foi dado provimento ao apelo da interessada e autorizada a interrupção da gravidez, em 18.6.96).

"Mas vós, por favor, não deveis vos indignar.

Toda criatura precisa da ajuda dos outros." Bertold Brecht (do poema *A infanticida Maria Farrar*)

Vistos etc.,

Nome, qualificada na inicial, requereu autorização judicial para a prática de abortamento necessário ou terapêutico, por anomalia fetal grave, alegando, em apertada síntese, o seguinte: a interessada está grávida; foi diagnosticada yy; e a possibilidade de sobrevida extra-uterina do feto é inexistente.

O Ministério Público opinou pelo deferimento da autorização.

Eis o relatório.

Decido.

1 - Introdução. O abortamento por indicação eugênica

Nelson Hungria, comentando as hipóteses legais de excludentes de antijuridicidade específicas para o abortamento, assevera que "andou acertadamente o nosso legislador em repelir a legitimidade do aborto eugenésico, que não passa de uma das muitas *trouvailles* dessa pretensiosa charlatanice que dá pelo nome de *eugenia*. Consiste esta num amontoado de hipóteses e conjeturas, sem nenhuma sólida base científica. Nenhuma prova irrefutável pode ela fornecer no sentido da previsão de que um feto será, fatalmente um produto degenerado. Eis a lição de Von Frankuè: "não há doença alguma da mãe ou do pai, em virtude da qual a ciência, de modo geral ou nalgum caso particular, possa, com segurança, prever o nascimento de um produto degenerado, que mereça, sem maior indagação, ser sacrificado... Os enfermos mentais, posto que capazes de reprodução, podem ter descendentes inteiramente sãos e de alta espiritualidade... A grande maioria dos tuberculosos gera filhos perfeitamente sãos e até mesmo robustos" (...)" (*Comentários ao Código Penal*, Rio de Janeiro: Forense, 1958, v. 1, p. 314).

Contudo, tal posicionamento do Ilustre Penalista não há de prevalecer e é descabido para o caso em exame.

Em primeiro lugar, devo lembrar que, por óbvias e reconhecidas razões históricas, quando Nelson Hungria fez tais afirmações, a palavra "eugenia" carregava, em sua singela expressão descritiva, uma pesada carga de rejeição emocional e social, a qual, à evidência, refletia-se no pensamento dos penalistas da época.

Aliás, Alberto Silva Franco, que fez precisa análise a respeito da rejeição emocional à expressão "eugenia", afirma o seguinte: "Não se desconhece que inúmeras palavras, além de seu sentido puramente descritivo, têm o condão de provocar nas pessoas, que as ouvem, ou que as lêem, reações emocionais. Fala-se, então, do "significado emotivo" dessas palavras que se adiciona ao seu "significado descritivo". "Eugenia" é um dos vocábulos capazes de gerar, além de restrições a respeito de seu significado descritivo, um nível extremamente alto de rejeição emocional e tal reação está vinculada ao uso que dele foi feito,

na Alemanha, durante o período nacional-socialista. A "Lei para a purificação da raça" (*erbgesundheitsgesetz*) introduziu, por motivos da chamada "saúde do povo" (*volksgeundheit*) a justificação dos casos de indicação eugênica (esterilização, interrupção da gravidez, extirpação de glândulas sexuais). "Eugenia" tornou-se palavra tabu" (Aborto por indicação eugênica, *Revista de Julgados do Tribunal de Justiça de São Paulo*, v. 132, p. 9).

Assim, a expressão "indicação eugênica" deve ser analisada, cientificamente, especialmente no caso em exame, sem tal carga da indesejável e prejudicial rejeição emocional.

A indicação eugênica, *in casu*, e hodiernamente, não está vinculada ao conceito abrangente que lhe emprestou o nacional-socialismo alemão: não há mais falar em abortamento eugênico para se obter uma raça de "super-homens", nem para a conservação da "pureza" de uma determinada raça.

A hipótese em exame é singela, direta, objetiva e cientificamente comprovada: o feto apresenta malformação grave, ou seja, yy, que implica, inexoravelmente, a impossibilidade de vida extra-uterina.

Mas não é só.

Não se pode olvidar, também, de que o referido posicionamento do insigne penalista nomeado exsurgiu como crítica ao projeto do Código Penal Dinamarquês, que previa a possibilidade da prática do abortamento eugênico "quando existe perigo certo de que o filho, em razão de predisposição hereditária padecerá de enfermidade mental, imbecilidade ou outra grave perturbação psíquica, epilepsia ou perigosa e incurável enfermidade corporal" (op. cit., p. 313)

Entretanto, *in casu*, a situação em exame nesta decisão é totalmente diferente.

É que não há falar em mera "predisposição hereditária" nem se trata de "enfermidade mental, imbecilidade ou outra grave perturbação psíquica, epilepsia ou perigosa e incurável enfermidade corporal".

Na realidade, a interessada foi submetida a exames ultrassonográficos pelo Serviço de Medicina Fetal da UNICAMP e, com base em exame científico, ficou constatado o seguinte: yy.

Portanto, não há falar em diagnóstico embasado em mera predisposição hereditária nem há falar em um "amontoado de hipóteses e conjeturas, sem nenhuma sólida base científica", como afirma Nelson Hungria.

Há, na realidade, na espécie, um diagnóstico, exarado com exatidão científica, embasado em exame direto, moderno e preciso, que revelou, com a necessária e exigida certeza científica, que o feto está gravemente acometido por malformações severas, com prognóstico de sobrevivência pós-natal praticamente inexistente.

Induvidosamente, há neste caso a reclamada "sólida base científica" para o diagnóstico obtido.

E ainda não é só.

Não se pode olvidar, também, de que Nelson Hungria fez a referida crítica há mais de 35 anos.

Inegavelmente, houve um brutal desenvolvimento científico daquela época a esta parte.

Atualmente, como é cediço, existem exames, que são realizados com eficácia absoluta e com precisão tecnológica, hábeis para a afirmação de diagnósticos exatos, com sólida base científica, os quais não existiam no primeiro quartel do século ou mesmo há alguns anos.

Os diagnósticos de "malformação fetal" e, em especial, aqueles que desvelam rins fetais multicísticos e âmimo, não são tirados hodiernamente com embasamento em conjeturas nem hipóteses empíricas nem em mera "predisposição hereditária".

Como aconteceu no caso em exame, o atual estágio do desenvolvimento científico e tecnológico da medicina permite um diagnóstico conclusivo, exato e preciso.

E, à evidência, o Direito Penal não pode ficar alheio ao desenvolvimento da ciência nem às conseqüentes evoluções históricas do pensamento, da cultura e da ética em uma sociedade em constante transformação.

Como lembra Francisco de Assis Toledo, o Direito Penal é um fenômeno histórico e deve estar submetido, sempre e sempre, a um interminável processo de ajustamento às exigências de uma sociedade em constante mutação.

Aliás, afirma Juan Del Rosal que "o penalista vive o centro da significação histórica do acontecimento da vida".

Assim, em situações como a que neste caso é trazida a Juízo, as quais reclamam aplicação das normas penais, não se pode olvidar do atual avanço científico e tecnológico da medicina, o qual, inexoravelmente, acarreta profundas transformações éticas e culturais na sociedade.

Inquestionavelmente, *in casu*, o feto não tem condições de vida extra-uterina e, por isso, há de ser interrompido o processo de gestação, pois não se pode exigir da interessada que leve a termo tal gravidez.

2 - Da excludente de culpabilidade em face da inexistência de reprovabilidade ou censurabilidade da conduta. Da inexigibilidade de conduta diversa

Anibal Bruno, ensinando que a culpabilidade não tem por base puramente o vínculo psíquico que prende o agente ao seu ato, mas que resulta, sim, de um conjunto de condições que justificam a reprovabilidade, assevera o seguinte: "a culpabilidade é a reprovabilidade que pesa sobre o autor de um fato punível, praticado em condições de imputabilidade, dolosa ou culposamente, tendo ou podendo ter o agente a consciência de que viola um dever e em circunstâncias que não excluem a exigência de que se abstenha dessa violação" (*Direito Penal*, v. 2, p. 31).

Para Anibal Bruno, portanto, a culpabilidade depende, também, da reprovabilidade que recai sobre o agente e, em conseqüência, "exclui-se a reprovação e, portanto, a

culpabilidade, se ocorrem circunstâncias em face das quais não se pode exigir de quem atua um comportamento ajustado ao dever. A não exigibilidade de conduta diversa, em princípio, exclui do agente o juízo de culpável" (op. cit., p. 30).

Como se vê, na estrutura da culpabilidade está a exigibilidade de um comportamento adequado ao dever, isto é, que a conduta típica seja praticada em situação em que seja lícito exigir do agente comportamento diferente.

Magalhães Noronha, por sua vez, conciliando as teorias psicológica e normativa, que disputam o conceito da culpabilidade e ensinando que, na realidade a culpabilidade é psicológica-normativa e exige a caracterização do dolo ou da culpa, mas, também, a reprovabilidade da conduta do agente, assevera o seguinte: "se a culpabilidade é juízo de reprovação social, é censurabilidade: compõe-se de outro elemento: a exigibilidade de outra conduta", pois "culpável é a pessoa que praticou o fato, quando outra conduta lhe era exigida, e, ao revés, exclui-se a culpa pela inexigibilidade de comportamento diverso do que o indivíduo teve" (*Direito Penal*, v. 1, p. 100).

A inexigibilidade de conduta diversa, portanto, exclui a culpabilidade.

Ensina Damásio Evangelista de Jesus, por sua vez, que "só há culpabilidade quando, devendo e podendo o sujeito agir de maneira conforme o ordenamento jurídico, realiza conduta diferente, que constitui o delito. Então, faz-se objeto do juízo de culpabilidade. Ao contrário, quando não lhe era exigível comportamento diverso, não incide o juízo de reprovação, excluindo-se a culpabilidade" (*Direito Penal*, Saraiva, 1985, v. 1, p. 417).

Como se vê, não basta o cometimento de um fato típico e antijurídico para que surja a reprovação social, e penal, da conduta.

É imprescindível que o agente, nas circunstâncias do fato, tenha a possibilidade de realizar outra conduta, de acordo com o ordenamento jurídico.

Assim, a conduta somente será reprovável "quando, podendo o sujeito realizar comportamento diverso, de acordo com a ordem jurídica, realiza outro, proibido" (Damásio Evangelista de Jesus, op. cit., p. 417).

Aliás, o Egrégio Tribunal de Alçada Criminal de São Paulo já decidiu que "não há falar em crime, quando a conduta do agente, em desarmonia com o direito, embora ilícita, não é reprovável, pois em face da situação anormal em que agiu, outro comportamento se lhe não podia exigir" (*Julgados*, Lex, v. 13, p. 39).

A inexigibilidade de conduta diversa, portanto, há de ser aceita como causa excludente da culpabilidade.

Lembro, a respeito, inclusive, precioso ensinamento de Anibal Bruno que, apesar de exigir um "seguro critério seletivo" para o reconhecimento de tal excludente de culpabilidade, assevera o seguinte: "Cabe admitir a não exigibilidade de conduta diversa com caráter de causa geral de exclusão da culpabilidade em qualquer das suas formas, dolo ou culpa. Tal princípio está realmente implícito no Código e pode aplicar-se, por analogia, a casos semelhantes aos expressamente previstos no sistema. Na realidade, são casos de verdadeira lacuna na lei, que a analogia vem cobrir pela aplicação de um princípio latente no sistema legal. É analogia *in bonam partem*, que reconhecemos como tendo aplicação no Direito Penal" (*Direito Penal*, Parte Geral, v. 2, p. 102).

Decididamente, as circunstâncias do fato, as quais Frank, em sua obra *Estrutura do conceito de culpabilidade*, chamava de "concomitantes", não podem ser desprezadas na análise da conduta e, especialmente, de sua reprovabilidade.

Como lembra Heitor Costa Júnior, "não se duvida hoje que a autodeterminação humana está limitada pelas circunstâncias". Na célebre lição de Ortega y Gasset "eu sou eu e as minhas circunstâncias" (*O direito penal e o novo Código Penal Brasileiro: a reforma da parte geral do Código Penal brasileiro*, Porto Alegre, 1985, p. 51).

Assim, as circunstâncias especiais e complexas que envolvem o fato em exame não podem ser olvidadas.

Aliás, não se olvide de que a nova parte geral do Código Penal direciona-se para a punibilidade da conduta humana e não uma ficção, como adverte José Henrique Pierangeli: "Ao estabelecer de maneira nítida a culpabilidade como critério individualizador da pena, estabelece que uma conduta só é punível quando o agente pode, pelo menos, prever a possibilidade de ofensa a um bem juridicamente tutelado, e, ainda, quando for possível fazer-se recair um juízo de reprovabilidade em face de suas características pessoais e das circunstâncias em que o agente atuou" (op. cit., *Das penas e sua execução no novo Código Penal*, p. 68).

E, *in casu*, as circunstâncias do fato desvelam a inexistência de reprovabilidade para o abortamento que se pretende realizar, pois, à evidência, outra conduta não se pode exigir da interessada.

Urge a prática do abortamento, na espécie, em face das circunstâncias peculiares e excepcionais que caracterizam a gravidez da interessada.

Não se pode exigir, social ou juridicamente, que a interessada leve a termo a sua gravidez.

Lembre-se, sempre e sempre, que a vida extra-uterina do feto é comprovadamente inviável.

No âmago da culpabilidade, inegavelmente, tanto para a doutrina tradicional, mecanicista, como para a doutrina finalista, está um conteúdo normativo, valorativo, axiológico, que é a reprovação, em concreto, de uma conduta típica.

Como lembra Walter Marciligiil Coelho, "a culpabilidade é sinônimo de reprovabilidade. O comportamento é culpável porque censurável. Assim, a essência da culpa é a reprovação, a afirmação da culpabilidade não pode prescindir de um juízo valorativo de conduta humana, e esse elemento normativo é fundamental à configuração da culpa penal, deixando em segundo plano o simples nexos

psicológico da antiga concepção clássica. E em que termos se fará esta avaliação? Quando se poderá afirmar que a ação criminosa é culpável, isto é, reprovável? Quando as circunstâncias do fato não impediam o agente de motivar-se de acordo com o dever, segundo Goldschmidt; ou, em outras palavras, indagando-se sempre da exigibilidade ou não exigibilidade de outra conduta, nas circunstâncias em que atuou o agente do crime, segundo Feudenthal" (op. cit., *Erro de tipo e erro de proibição no novo Código Penal*, p. 88).

E, à evidência, não se pode falar em reprovabilidade social nem em censurabilidade da conduta de quem interrompe uma gravidez nas circunstâncias em comento.

Como ensina Damásio Evangelista de Jesus, a culpabilidade não está na cabeça do agente, mas, sim, "na cabeça do juiz", pois reflete, na realidade, juízo de reprovabilidade social da conduta.

E, segundo Nelson Hungria, "o juiz deve ter alguma coisa de pelicano. A vida é variedade infinita e nunca lhe assentam com irrepreensível justeza as "roupas feitas" da lei e os figurinos da doutrina. Se o juiz não dá de si, para dizer o direito em face da diversidade de cada caso, a sua justiça será a do leito de Procusto: ao invés de medir-se com os fatos, estes é que terão de medir-se com ela" (op. cit., p. 68).

Decididamente, não há falar em reprovabilidade nem em censurabilidade de abortamento praticado em face das condições expostas na inicial, pois é inadmissível exigir da interessada que suporte a gravidez até o seu termo, com todas as conseqüências e riscos que até mesmo uma gravidez normal acarreta, para que, depois do nascimento, ocorra inevitavelmente a ocisão fetal.

É verdade que Nelson Hungria, prosélito do tecnicismo jurídico, sustentou, com veemência, a impossibilidade do reconhecimento da licitude do abortamento por indicação eugênica, afirmando ser inadmissível o reconhecimento de causas extralegais de exclusão de ilicitude ou de culpabilidade.

Entanto, com a sabedoria que lhe era peculiar, compreendendo, com sensibilidade e inteligência, que a sociedade altera historicamente o seu modo de ser e de encarar os acontecimentos, especialmente impulsionada por transformações que, ao aplicar as leis, não se olvide dessa constante mutação da vida.

Aliás, em face da importância do tema desta decisão, vale lembrar o que Nelson Hungria asseverou em uma conferência que proferiu, em 1942, no Teatro Municipal de São Paulo, sob o título "Introdução à ciência penal", fazendo uma verdadeira crítica ao tecnicismo jurídico:

"A ciência penal não se esvai numa pura esquematização rígida de princípios, pois que é uma ciência modelada sobre a vida e para a vida. Não se pode isolar-se da cambiante e multifária realidade social e humana. O tecnicismo jurídico, que reserva o Direito Penal para os juristas, não quer dizer que estes devam colocar entre eles e o mar picado da vida, como parede cega, a inteiriça contextura da lei. Como diz Maggiore, o Direito, para garantir-se à própria estabilidade e certeza, constrói os seus dogmas, que são retábulos em que se enquadra a experiência jurídica no seu desdobramento histórico; mas o predomínio desses dogmas não deve degenerar em tirania e protrair-se até o ponto de alheiar-se ao *elan* da vida, ao invés de limitar-se a construir os anteparos e sulcos em que ele deve acomodar-se à ordem jurídica. A dogmática, quando entregue à exasperação de abstrair, esquematizar e classificar, arrisca-se a romper os pontos de contato com a vida ou a por-se em dissídio com esta. É certo, e chega a ser lapalissiano afirmá-lo, como ainda observa o professor da Universidade de Palermo, que a ciência do Direito é construída juridicamente, isto é, com o método originário e sempre mais aperfeiçoado da jurisprudência romana; mas não é jurista digno desse nome aquele que desconhece advertência de Von Hering: o irrestrito culto da lógica, que cuida de transformar a jurisprudência numa espécie de matemática do direito, é um erro, e assenta no desconhecimento da natureza do Direito. A vida não é para os teoremas, mas estes para aquela. Não o que a lógica exige, mas o que a vida, o convívio dos homens e o sentimento jurídico

reclamam é que deve acontecer, seja ou não possível dentro da lógica" (*Novas questões jurídico-penais*, Rio de Janeiro: Nacional de Direito, 1945, p. 5).

E, também, não podemos esquecer do que afirmou Guimarães Rosa, em uma entrevista, pouco antes de morrer: " a lógica é a força com a qual o homem algum dia haverá de se matar. Apenas superando a lógica é que se pode pensar com justiça. Pense nisto: o amor é sempre ilógico, mas cada crime é cometido segundo as leis da lógica"(in "Quem não pode transar não pode casar", de Rubens Alves, *Folha de São Paulo*, de 5.5.96, p. 1.3).

Com efeito, o direito não pode isolar-se da "cambiante e multifária realidade social e humana".

Como ensina o mestre argentino Luiz Gimenez de Asúa, "o juiz não pode mostrar-se alheio às transformações sociais, jurídicas e científicas. Por isso a vontade da lei não deve ser investigada somente em relação à época em que nasceu o preceito, mas sim tendo em conta o momento de sua aplicação. O magistrado adapta o texto da lei às evoluções sofridas pela vida, da qual, em última consideração, o Direito é forma. Daí o poder ele ajustá-la a situações que não foram imaginadas na hora remota de seu nascimento. Assim têm podido viver velhos textos como o Código Penal francês, que tem mais de século e meio de existência" (*El criminalista*, v. 2, p. 103).

É verdade que a excludente de culpabilidade em referência é pessoal, ou seja, beneficia diretamente a gestante, que não pode ser obrigada a suportar a gravidez em tais condições até o seu termo final.

Entretanto, em casos que tais, em face do reconhecimento da ausência de culpabilidade, pela inexigibilidade do prosseguimento da gravidez, exsurge para o médico o dever jurídico e ético de provocar o abortamento, evitando, assim, que a gestante tenha que praticá-lo sozinha, enfrentando os evidentes e inegáveis riscos decorrentes de tal conduta.

Há inexigibilidade de conduta diversa no que diz respeito ao comportamento da gestante e, obviamente, também no que concerne à intervenção do médico e de todos os profissionais que participarem do abortamento.

Portanto, também não há falar em reprovabilidade da conduta dos médicos e demais profissionais que praticarem o abortamento em tais circunstâncias, pois não se pode exigir que eles omitam auxílio e socorro à gestante.

Mas não é só.

De acordo com o disposto no artigo 5º da Constituição Federal, ninguém será submetido a tratamento desumano.

E, obviamente, exigir que interessada leve a termo a sua gravidez, nas condições acima mencionadas, constitui, certamente, uma forma inquestionável de submetê-la a um inaceitável "tratamento desumano", em flagrante violação aos direitos humanos e a dogma constitucional.

Definitivamente, a interrupção da gravidez da interessada é de rigor e está a exigir urgência.

E é preciso que se firme que o caso em exame não se subsume à hipótese do artigo 128, inciso I, do Código Penal.

É que a prática do abortamento, *in casu*, bem como nos demais casos de malformação fetal, não é o único meio de salvar a vida da gestante, pois como é cediço, a tecnologia médica hodierna é bastante, para garantir segurança à gestante em casos que tais até o termo final da gestação.

Não se trata, portanto, de abortamento indicado como única forma de salvar a vida da interessada.

Contudo, devo insistir que não se pode exigir que a interessada suporte o flagelo de uma gravidez com o diagnóstico ominoso, nefasto, funesto e mórbido em menção, sem que exista possibilidade de sobrevida fetal.

O abortamento, *in casu*, ainda que não seja a única forma de salvar a vida da interessada, é incensurável, não é reprovável, nem jurídica nem socialmente.

Definitivamente, a interrupção da gravidez da interessada é de rigor e está a exigir urgência.

3 - Do cabimento do procedimento. Da aplicação subsidiária do processo civil. Da jurisdição voluntária

Como ensina José Frederico Marques, "as regras ou normas do processo civil aplicam-se subsidiariamente ao processo penal" (*Tratado de direito processual penal*, Saraiva, 1980, v. 1, p. 66).

O artigo 3º do Código de Processo Penal admite suplementos dos princípios gerais de direito.

E "é claro que dentre esses princípios, devem ocupar o primeiro lugar os de Direito Processual, que, por ser unitário, está formado por normas e regras contidas em ambos os seus ramos; e, como o processo civil é a parte tecnicamente mais aperfeiçoada do Direito Processual, dele é que são extraídos, em sua maioria, esses princípios" (José Frederico Marques, *op. cit.*, p. 67).

Assim, em face da omissão do Código de Processo Penal, devem ser aplicados, nestes casos, os princípios e dispositivos relativos à "jurisdição voluntária" do Código de Processo Civil, especialmente aqueles que exsurgem dos seus artigos 1.104 e seguintes, adaptados, obviamente, aos princípios que norteiam o processo penal.

Considerada, modernamente, por vários autores processualistas como verdadeiras espécies de jurisdição, em razão da influência da definição de Carnelutti a respeito da "lide virtual", a jurisdição voluntária tem a função precípua de fiscalizar a indisponibilidade de direitos, o interesse público e a manutenção dos bens especialmente protegidos pela ordem jurídica (Vicente Grecco Filho, *Direito processual civil brasileiro*, v. 1, p. 40).

Aliás, como afirma Frederico Marques, a jurisdição voluntária há de ser provocada sempre que houver um "dissenso de opiniões" (*Ensaio sobre jurisdição voluntária*, p. 221).

Assim, a intervenção do Estado há de ser provocada, até mesmo na órbita penal, através da jurisdição voluntária, de modo preventivo, para prevenir possíveis litígios entre os "interessados" e evitar a geração de futuros conflitos de interesse (Alcides de Mendonça Lima, *Dicionário do Código de Processo Civil*, p. 353).

E não se olvide de que, no regime democrático, que vive sob a égide da legalidade, é missão do Estado manter o prestígio e a autoridade da lei.

É por isso que ao juiz cabe o dever de "dizer o direito" e, através da jurisdição voluntária, mesmo no âmbito penal, em face de um "dissenso de opiniões", intervir preventivamente, regulando e autorizando a prática de condutas lícitas ou não culpáveis, em casos excepcionais, desde que provocado, com a finalidade de fiscalizar a indisponibilidade de direitos, o interesse público e a manutenção dos bens especialmente protegidos pela ordem jurídica e pela legislação penal.

Por derradeiro, lembro que Nelson Hungria, comentando a possibilidade legal da realização do abortamento "sentimental", ensina ser admissível e até mesmo conveniente a consulta prévia ao judiciário e assevera que o juiz, ao ser consultado, não deve negar a aprovação do ato, ou seja, deve autorizá-lo (op. cit., v. 5, p. 313, n. 73, *in fine*).

Aliás, o Egrégio Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, em face de uma situação análoga, reconhecendo a relevância de evidentes interesses jurídicos em jogo, em face dos reflexos não só na vida privada como na vida da sociedade, admitiu o cabimento de autorização judicial em procedimento de jurisdição voluntária no processo penal e decidiu que "os órgãos jurisdicionais não se podem eximir de, movimentados, dar a solução à controvérsia sob o fundamento de que apenas à ética médica competiria resolver a questão, quando estão envolvidos na

espécie não apenas problemas individuais, mas, inclusive, toda uma estrutura social e princípios sócio-jurídicos da mais alta relevância" (RT 551/205).

Como se vê, é perfeitamente admissível e juridicamente cabível o procedimento judicial para a autorização da prática do abortamento nas hipóteses de caracterização de quaisquer excludentes de antijuridicidade ou culpabilidade.

Posto isso, forte no artigo 5º, inciso III, da Constituição Federal, no artigo 3º do Código de Processo Penal, nos princípios gerais de direito, nos princípios da jurisdição voluntária e nos artigos 1.104 e seguintes do Código de Processo Civil, os quais aplico subsidiariamente, autorizo a interrupção da gravidez da interessada nome, mediante intervenção médica.

P.R.I.C.

Campinas, de de

Nome do Juiz de Direito

8.5. Anexo 5 – Parecer do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sobre feticídio



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

<http://www.cremesp.com.br>

Rua da Consolação, 753 – Centro

01301-910 – São Paulo – SP

CONSULTA 23.480/98

Assunto: Interrupção de gravidez com morte fetal intra-útero, utilizando-se métodos aplicados intra-útero (injeção de cloreto de potássio no sangue de cordão umbilical ou intracardíaca fetal)

Relator: Conselheiro Cristiano Fernando Rosa.

Ementa: A autorização judicial para o aborto, já referendo a interrupção da gravidez com a morte do produto conceitual, não havendo ilegalidades, nem atitude omissiva, na utilização de métodos que provocam a morte do feto malformado inconspicível com a vida, antes de sua expulsão.

O consultante Dr. R.P.J., Presidente da Comissão de Ética Médica do CAISM/UNICAMP, questiona o CREMESP como proceder frente a situações de interrupção da gestação, com autorização judicial, de fetos malformados sem prognósticos de sobrevivência a longo prazo.

O mérito da questão que apresenta, resume-se:

“se frente a uma autorização judicial para aborto e entendido que aborto é a autorização para a morte do produto conceitual, seria ético e legalmente aceito a utilização de métodos aplicados intra-útero, em gestações pré-termo (de 24 a 36 semanas), para obter o óbito fetal (feticídio). A injeção de cloreto de potássio no sangue do cordão umbilical ou intra-cardíaca fetal, seriam os métodos a serem utilizados, semelhantes aos realizados em outros serviços no mundo.”

Tal preocupação deve-se ao fato de que algumas destas crianças nascem vivas, levando a adoção de medidas, muitas vezes de terapia intensiva neonatal para estes casos, o que provoca conflitos internos na equipe e dificuldade de compreensão da interpretação do mandato judicial, que seria no sentido do aborto, ou seja, morte do produto conceitual, conforme texto da lei, e que, em vários casos a própria família, apesar da orientação recebida anteriormente à interrupção, questiona o fato da criança ter nascido viva e acompanha seu período de internação no berçário de maneira muito angustiada e revoltada, pois essa não era a expectativa, ou seja, não se conformam com a criança ter nascido viva e estar sendo feito um tratamento intensivo, o que prolonga a sobrevivência.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DE SÃO PAULO
FONE (011) 259-5500 FAX (011) 221-1745
http://www.cremesp.com.br
Rua da Consolação, 753 – Centro
01301-910 – São Paulo – SP

PARECER

A matéria aborto, já foi por diversas vezes abordada neste Conselho, conforme os últimos pareceres exarados nos autos da Consulta 12.423/95, Consulta 29.803/95, Consulta 21.326/97 e Consulta 33.807/98. Embora estes pareceres fossem amplamente elucidativos sobre os diversos aspectos da questão, esta ora formulada, não foi ainda objeto de abordagem neste Tribunal, em razão do inusitado questionamento.

Seria ético e legal, proceder a morte do produto conceptual (feticídio), através de utilização de métodos aplicados intra-útero (injeção de cloreto de potássio no sangue do cordão umbilical ou intra-cardíaca fetal), para cumprir autorização judicial de interrupção da gestação?

Tal questionamento, nos leva a uma reflexão sobre o conceito jurídico e médico de aborto. E aqui, há de se fazer a diferenciação entre estes dois aspectos.

Sob o ponto de vista jurídico, a lei não estabelece limites para a idade gestacional, isto é, aborto é a interrupção de gravidez com intuito de morte do concepto, não fazendo alusão à idade gestacional.

Do ponto de vista médico, aborto é a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana, ou quando o feto pese até 500 gramas, ou ainda, quando o feto mede até 16,5 cm. Este conceito foi formulado baseado na viabilidade fetal extra-uterina e é mundialmente aceita pela literatura médica.

Observando-se o caso apresentado pelo consulente, isto é, de um feto malformado com incompatibilidade de vida extra-uterina a longo prazo e com autorização judicial para o procedimento, verificamos que da situação apresentada, hipoteticamente nascerão alguns fetos vivos, sendo-lhes então aplicado por dever legal, embora paradoxalmente, todos os recursos de suporte de uma terapia intensiva, prolongando-lhes a sobrevida, situação esta obrigatória aos médicos que recepcionarem estes recém-natos, pois o Código Civil (artigo 4º), resguarda os direitos do nascituro. Nestas circunstâncias, certamente, surgirão conflitos, dissabores e até revolta de membros da equipe e da família, em razão do inusitado quadro criado pela tecnologia médica, hoje disponível nas UTIs neonatais.

Segundo Júlio Fabbini Mirabete, “consoma-se o aborto com a interrupção da gravidez e a morte do feto, desnecessária a existência de expulsão (RJTJ ESP 67/322, 35/211, 28/368I RT 454/376). Por outro lado, a tentativa do aborto existe quando as manobras abortivas não interrompem a gravidez ou provocam apenas aceleração do parto, com a sobrevivência do neonato. Morto este após o nascimento ocorrerá infanticídio, se a autora do crime couber à mãe, e homicídio se a



**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DE SÃO PAULO**

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

<http://www.cremesp.com.br>

Rua da Consolação, 753 - Centro

01301-910 - São Paulo - SP

terceiro. Aborto distinguisse do infanticídio porque somente pode ocorrer antes do início do parto” (Manual de Direito Penal 2º - 6ª edição Júlio F. Mirabete - pag. 75-84). Neste sentido, se praticadas manobras abortivas que geram a expulsão do feto, que acaba sobrevivendo, não se consuma o aborto, havendo apenas o parto acelerado ou prematuro.

Em razão destes aspectos, entendemos que a autorização judicial para o aborto, já autoriza a interrupção da gravidez com a morte do produto conceptual, não havendo ilegalidade na utilização de métodos que provoquem a morte do feto intra-útero antes de sua expulsão.

Este procedimento já vem sendo utilizado em várias partes do mundo conforme ampla divulgação de literatura médica, não havendo óbices do ponto de vista médico e tampouco ético, resguardadas as condições da paciente, e analisados o risco-benefício deste procedimento se realizado a poucas semanas do término da gestação.

Finalmente, entendo fundamental do ponto de vista ético, a necessidade do amplo esclarecimento da paciente por parte do médico, de todas as possíveis variáveis envolvidas na situação, de maneira formal, através do consentimento esclarecido, além de fornecer as necessárias informações sobre o diagnóstico, o prognóstico, os riscos do procedimento e objetivos da intervenção, para que não parem dúvidas posteriores, levando a situações conflitantes para a relação médico-paciente. Esta situação apresentada pelo consultante, deve sempre ser analisada sob a ótica da autonomia e a difícil tarefa de se estabelecer na relação médico-paciente o respeito à tomada de decisão. Autonomia, termo derivado do grego “auto” (próprio) e “nomos” (lei, regra, norma), significa o direito a autodeterminação da pessoa em tomar decisões que afetem sua vida, sua saúde. Lembramos ainda, que para que ocorra a manifestação autônoma da vontade, é preciso haver um amplo esclarecimento, por parte do profissional de saúde de todas as possibilidades, cabendo ao paciente a decisão final sobre o procedimento.

Assim sendo, transcrevemos alguns artigos de nosso diploma legal, que versam sobre a questão:

CAPÍTULO I

Princípios Fundamentais

Artigo 2º - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.



**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DE SÃO PAULO**

CONIB - INSCRIÇÃO 4503 - F.V. - 011.991.1741

<http://www.cremesp.com.br>

Rua da Consolação, 753 - Centro

01301-910 - São Paulo - SP

CAPÍTULO II

Direitos do Médico

É direito do médico:

Artigo 21 – Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidas e respeitadas as normas legais vigentes no País.

CAPÍTULO III

Responsabilidade Profissional

É vedado ao médico:

Artigo 43 – Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento.

CAPÍTULO IV

Direitos Humanos

É vedado ao médico:

Artigo 46 – Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.

CAPÍTULO V

Relação com Pacientes e Familiares

É vedada ao médico:

Artigo 56 – Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.



**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DE SÃO PAULO**

GRANDE AVENIDA 250 8800 - FARM. JOÃO DE DEUS - SP

<http://www.cremesp.com.br>

Rua da Consolação, 753 - Centro

01301-910 - São Paulo - SP

Artigo 59 - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao responsável legal.

Este é o nosso parecer, s.m.j.

Cristiano Fernando Rosas
Conselheiro Cristiano Fernando Rosas

**APROVADO NA 2.345ª REUNIÃO PLENÁRIA, REALIZADA EM 29.10.99.
HOMOLOGADO NA 2.351ª REUNIÃO PLENÁRIA, REALIZADA EM 09.11.99.**

8.6. Anexo 6 – Consentimento Pós Informação Para Interrupção da Gravidez

 <p>UNICAMP</p>	<p>Cidade Universitária Zeferino Vaz Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher Disciplina de Obstetrícia - Departamento de Tocoginecologia Avenida Alexander Fleming 101 CEP: 13083-970 Campinas, 24/11/06 e-mail: barini@caism.unicamp.br Telefone: 0XX19-3788-9336</p>
--	--

Consentimento Pós Informação Para Interrupção da Gravidez

Nós, abaixo assinados e, fomos informados que está cursando uma gravidez em que o feto é portador de e que esta anomalia é extremamente grave, com impossibilidade de sobrevivência neonatal. Após esclarecimento do prognóstico reservado e com riscos de complicações maternas, por livre e espontânea vontade, procuramos apoio na Justiça para que fosse autorizada a interrupção da gestação, que foi consentida. De posse desta autorização retornamos ao Serviço de Medicina Fetal do CAISM para assistência médica. Fomos informados de que para facilitar o processo de indução é proposta a introdução de Lidocaína a 2% ou Cloreto de Potássio a 19,1% na circulação fetal para promover a parada circulatória fetal e placentária, o que promove a redução dos hormônios gravídicos. Por estarmos cientes e de acordo com todos os passos para a intervenção médica de interrupção da gestação, abaixo assinamos;

(paciente) _____

RG:

(marido) _____

RG:

Médico Responsável:

CRM _____

8.7. Anexo 7 – Ficha de coleta de dados individuais

FICHA DE COLETA DE DADOS DA PESQUISA: “INTERRUPÇÃO LEGAL DA GESTAÇÃO DE FETOS COM ANOMALIAS LETAIS E A REALIZAÇÃO DE FETICÍDIO”

NOME _____

HC _____

-----destaque-----

Idade materna Natural _____ Procedente _____

Profissão _____

Estado civil

(1. Solteira 2. Casada 3. União marital 4. Separada / divorciada 5. Viúva 6. Desconhecido)

Escolaridade

(1. Não alfabetizada 2. E. fundamental 3. E. médio 4. E. superior 5. Desconhecido)

DUM //

G P A C PV FV

IG do diagnóstico (Eco fora)

Data //

Diagnóstico _____

IG do diagnóstico (Eco CAISM)

Data //

Diagnóstico _____

Data de entrada no PNE //

Data da autorização judicial //

Realização de feticídio (1. SIM 2. NÃO) //

Data do parto ou aborto // Hora _____ (IG=)

Início da indução // Hora _____

Tempo de indução do parto ou aborto (em horas)

Métodos de indução de parto

(1. Misoprostol 2. Ocitocina 3. Misoprostol + Ocitocina 4. Laminária 5. Outros 6. Não usou)

Dose/Miso _____

Dose/Ocitocina _____

Se outros, quais _____

Ocorrência de complicações (1. SIM 2. NÃO)

Quais _____

Tipo de parto (1. Vaginal 2. Cesariana)

Procedimentos

(1. Episiotomia 2. Curagem 3. Curetagem 4. Laparotomia 5. Histerectomia 6. Não realizou)

Peso fetal(g)

Condições ao nascimento: (1. Vivo 2. Morto)

Sexo fetal (1. Feminino 2. Masculino 3. Não consta)

Realizada necropsia fetal (1. SIM 2. NÃO)

Diagnóstico pós-natal _____

Realização de cariótipo fetal (1. SIM 2. NÃO)

Se sim, qual o resultado _____

Data da internação /

Data da alta /

Doença materna (1. SIM 2. NÃO)

Se sim, qual o resultado _____

8.8. Anexo 8 – Parecer da Comissão de Pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

Comissão de Pesquisa 2005

Campinas, 06 de julho de 2005

O protocolo de pesquisa "INTERRUPÇÃO LEGAL DA GESTAÇÃO DE FETOS COM ANOMALIAS LETAIS E A REALIZAÇÃO DE FETICÍDIO" da pesquisadora Luciana Vivas Silva foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do DTG/FCM/Unicamp

Atenciosamente,



Prof. Dra. Lúcia Helena Costa Palva

Presidente da Comissão de Pesquisa
Departamento de Tocoginecologia - DTG/FCM/UNICAMP

Comissão de Pesquisa-FCM-DTG-UNICAMP
Rua Alexander Flemming, 101 - Cidade Universitária Zeferino Vaz - Campinas/SP
Fones: (019) 3788-9402/3788-9403



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP
☎ (0_19) 3788-8936
FAX (0_19) 3788-8925
🌐 www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html
✉ cep@fcm.unicamp.br

CEP, 28/06/05.
(Grupo I)

PARECER PROJETO: Nº 310/2005
CAAE: 0127.0.146.000-05

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "INTERRUPÇÃO LEGAL DE GESTAÇÃO DE FETOS COM ANOMALIAS LETAIS E A REALIZAÇÃO DE FETICÍDIO".

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Luciana Vivas Silva

INSTITUIÇÃO: CAISM/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 13/06/2005

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 28/06/06

II - OBJETIVOS

Descrever as características e a evolução clínica de mulheres que realizaram interrupção na gestação após diagnóstico de anomalia fetal incompatível com a vida perinatal, mediante autorização judicial, comparando as que tiveram indução de parto ou aborto com feto vivo e aquelas submetidas ao feticídio antes da indução.

III - SUMÁRIO

Serão analisados os prontuários de 180 mulheres acompanhadas no CAISM Ambulatório de medicina fetal de 1994 a 2005, comparando as características das pacientes que realizaram a interrupção da gravidez sem o feticídio (até 2000) e com feticídio (Após 2000). Serão avaliados os aspectos clínicos.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Segundo ao nosso parecer o projeto esta de acordo com as resoluções do Ministério da Saúde.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d)

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na VI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 28 de junho de 2005.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP