

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Faculdade de Medicina  
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

# Promoção e Proteção da Saúde da Mulher 2023/2

Porto Alegre 2024  
UFRGS

## **Síndromes polimalformativas dos cromossomas 13 e 18**

*Caroline da Silva Caminha  
João Gabriel Ognibeni Porto  
José Nicolau Barboza Neto  
Otávio Leite Pendeza  
Felipe Jung Spielmann  
José Antônio de Azevedo Magalhães*

As aneuploidias polimalformativas são definidas como mutações genéticas que, por meio de erros durante a meiose ou a mitose, alteram o número de cromossomos em todas as células do indivíduo afetado. [11] Cursam com alterações formativas em diversos sistemas, como craniofacial, cardiovascular, respiratório e digestivo, estimando-se que essas malformações contribuem em mais de 20% dos óbitos de recém nascidos em países desenvolvidos. [11, 10]

Nesse sentido, as síndromes malformativas dos cromossomos 13 e 18, conhecidas, respectivamente, por Síndrome de Patau e Síndrome de Edwards, são relevantes e cursam com malformações graves e, em última análise, incompatíveis com a vida, levando a um tempo médio de sobrevivência de 7 dias e de 14,5 dias, respectivamente. [2, 5]. Consoante a essas considerações, torna-se pertinente a discussão acerca da interrupção precoce dessas gestações como forma de proteger a integridade salutar e emocional das gestantes e de seus familiares.

Este trabalho objetiva, portanto, trazer informações acerca destas síndromes, de seus diagnósticos e de como se sucede judicialmente e medicamente o processo de interrupção dessas gestações, caso seja vontade da gestante e da família. Não há intenção apologética por trás deste texto, apenas informativa e argumentativa, haja vista o traço paralelo entre a prévia descriminalização da interrupção de gestações de fetos anencefálicos, com o pretexto de incompatibilidade com a vida fetal e com apresentação de risco para as gestantes, bem como sofrimento às famílias.

## **METODOLOGIA**

Foi realizada uma revisão bibliográfica no PubMed, além de conduzidas pesquisas no UpToDate e em livros e revistas das áreas de ginecologia e obstetrícia e pediatria. Ademais, foram realizadas buscas na legislação brasileira para encontrar informações sobre os tópicos que embasam essa discussão, bem como feita a busca por documentos utilizados na condução dos casos.

## **DEFINIÇÃO E PROGNÓSTICO DAS ANEUPLOIDIAS POLIMALFORMATIVAS DOS CROMOSSOMOS 18 E 13**

A trissomia do cromossomo 18 (47, XX, +18 ou 47, XY, +18), conhecida como Síndrome de Edwards, é a segunda causa mais comum de trissomia autossômica, acometendo cerca de 1 a cada 7500 nascidos vivos mundialmente. Enquanto aproximadamente 95% das gestações são abortadas no primeiro trimestre, as 5% restantes, que têm continuidade até o nascimento apresentam baixa expectativa de vida, com apenas 10% dos lactentes sobrevivendo até o primeiro aniversário. Clinicamente é uma síndrome que se apresenta como uma polimalformação multissistêmica acometendo a estrutura craniofacial, as mãos, o encurtamento do esterno, malformações cardíacas e renais, atraso de crescimento e acometimento psicomotor e cognitivo. [1]

Entre as manifestações maiores encontram-se defeitos septais, ducto arterioso patente, doença polivalvar, rins em ferradura (quando os rins se formam fusionados), atresia de esôfago com fístulas traqueoesofágicas, estenose do piloro, divertículo de Meckel, hipoplasia cerebelar, agenesia do corpo caloso, polimicrogiria, espinha bífida, microftalmia, catarata congênita, opacidade da córnea, aplasia ou hipoplasia de rádio e fenda no palato. Esses defeitos formativos importantes são os determinantes para a curta expectativa de vida, sendo as maiores causas de mortes para esses neonatos, apneia, falha cardíaca devido às malformações, insuficiência ventilatória por hipoventilação, aspiração, obstrução de via aérea superior ou uma combinação desses fatores. Dessa forma, aproximadamente 38% falecem durante o trabalho de parto, 50% dos recém nascidos com trissomia do 18 falecem na primeira semana e entre 5 e 10% vivem até o primeiro ano de vida. A expectativa média de vida é entre 3 e 14 dias e meio, com taxa de sobrevivência de 40-60% na primeira semana, 22-44% no primeiro mês e 9-18% em 6 meses. [1,4].

## **Anormalidades encontradas em mais de 50% dos casos**

Gerais: hipoatividade fetal, choro fraco, tempo gestacional alterado, polidrâmnio, placenta pequena, artéria umbilical única, deficiência de crescimento, peso de nascimento médio de 2340g, hipoplasia musculoesquelética, de tecido subcutâneo e adiposo, incapacidade intelectual, hipertonicidade, hipoacuidade auditiva, convulsões parciais complexas e convulsões tônico-clônicas de difícil controle.

Craniofaciais: Proeminência occipital, diâmetro bifrontal estreito, aurículas com baixa inserção e malformadas, fissuras palpebrais curtas, cavidade oral pequena, arco palato estreito, micrognatismo.

Pés e mãos: Mãos cerradas, tendência a sobreposição de dígitos, ausência de prega distal no quinto dedo com ou sem pregas distais no terceiro e quarto dedos, crista dérmica de arco baixo padrão em seis ou mais pontas dos dedos, hipoplasia das unhas, especialmente no quinto dedo e nos dedos dos pés, hálux curto, frequentemente dorsifletido.

Tórax: Esterno curto, mamilos pequenos.

Parede abdominal: Hérnias umbilicais e inguinais, diástase de reto.

Pelve e quadris: Pelve pequena com abdução de quadril limitada.

Genitália: Criptorquidia.

Pele: Redundância, hirsutismo leve na testa e nas costas, cútis marmorata proeminente.

Cardíacas: Defeitos de septo ventricular, defeitos de septo auricular, ducto arterioso patente.

## **Anormalidades encontradas entre 50 e 10% dos casos**

Craniofacial: Fontanela larga, microcefalia, hipoplasia de cristas orbitais, dobras epicânticas internas, ptose palpebral, opacidade da córnea, dobras retinianas, hipopigmentação de retina, displasia, áreas hemorrágicas, lábio leporino, fenda palatina.

Mãos e pés: Desvio ulnar ou radial da mão, hipoplasia ou ausência de polegar, prega símia, equinovarus, talo vertical

congenito, sindactilia de segundo e terceiro dedos do pé.

Tórax: Alargado, podendo ou não ter mamilos afastados.

Genitália: Hipoplasia de lábios maiores e clitóris proeminente.

Ânus: Fissura anal

Cardíaco: Valva aórtica ou pulmonar bicúspide, nodulações de folhetos valvares, estenose de valva pulmonar, coarctação de aorta

Pulmonar: Defeitos de segmentação ou ausência completa de pulmão direito

Diafragma: Hipoplasia muscular com ou sem eventração

Abdômen: Divertículo de Meckel, tecido pancreático ou esplênico heterotópico, onfalocele, rotação incompleta de cólon

Renal: Rim em ferradura, ectopia, ureter duplo, hidronefrose, rins policísticos

## **Anormalidades encontradas em menos de 10% dos casos**

Sistema nervoso central: Paralisia facial, mielinização paucilar, microgiria, hipoplasia cerebelar, defeitos de corpo caloso, hidrocele, malformação de Dandy-Walker, meningocele.

Craniofacial: Ossificação intraestrutural, sela túrcica rasa e alongada, fissuras palpebrais inclinadas, hipertelorismo, Coloboma de íris, catarata, microftalmia, atresia de coanas.

Mãos: Sindactilia de terceiro e quarto dedos, polidactilia, quinto metacarpo curto, ectrodactilia.

Outras alterações esqueléticas: Aplasia de rádio, ossificação incompleta de clavículas, hemivértebras, vértebras fundidas, pescoço curto, escoliose, anormalidades de costelas, pectus excavatum, quadril deslocado.

Genitália: em homens: hipospadia, escroto bífido; em mulheres: ureter bífido, hipoplasia de ovário.

Cardiovascular: Artéria coronárias anormais, transposição, tetralogia de Fallot, artéria subclávia aberrante, calcificações e aterosclerose.

Abdômen: Estenose de piloro, atresia biliar extra-hepática, vesícula hipoplásica, cálculos vesicais, ânus não perfurado.

Renal: Hidronefrose, rins policísticos, tumor de Wilms.

Endócrino: Hipoplasia tireóidea ou adrenal.

Outra: Hemangioma, hipoplasia tímica, fístula traqueoesofágica, trombocitopenia, tumores (principalmente em rins e fígado).

A trissomia do cromossomo 13 (47, XX, +13 ou 47, XY, +13), conhecida como Síndrome de Patau, é uma aneuploidia que cursa com o acometimento grave do recém nascido e com baixa expectativa de vida, ocorrendo em cerca de 1 a cada 5000 nascimentos. A morte fetal acontece em aproximadamente 15% das gestações. Clinicamente se apresenta com lábio leporino, fenda no palato, defeitos cerebrais, anoftalmia, polidactilia, pregas símias, malformações cardíacas, pulmonares, esplênicas, geniturinárias, digestivas, pancreáticas e renais.[3]

Entre as manifestações de maior gravidade encontram-se holoprosencefalia alobar, defeitos cardíacos septais ventriculares e atriais, tetralogia de Fallot, defeitos do septo atrioventricular, microftalmia, anoftalmia, nariz ausente ou malformado, fenda palatina e leporina severas, rins policísticos. Esses defeitos engendram na média de sobrevivência de 2,5 dias após o nascimento, com uma taxa de morte de 82% no primeiro mês e de 95% no primeiro semestre.[3,4]

## **Anormalidades encontradas em 50% ou mais dos casos**

Sistema Nervoso Central: Holoprosencefalia com graus variáveis de desenvolvimento incompleto de nervos olfatórios e óptico, convulsões motoras menores, espasmos mioclônicos foto-induzidos, EEG hipsarrítmico, crises de apneia na primeira infância, incapacidade intelectual severa.

Audição: Defeitos no órgão de Corti.

Crânio: Microcefalia moderada, testa inclinada, sutura sagital e fontanelas alargadas.

Olhos: Microftalmia, coloboma da íris ou ambos; displasia retiniana, muitas vezes incluindo ilhas de cartilagem.

Boca: Lábio leporino, fenda no palato, ou ambos.

Aurículas: Hélices anormais, com ou sem implantação baixa.

Pele: Hemangiomas capilares, especialmente testa, defeitos localizados no couro cabeludo na área parieto-occipital; pele solta, pescoço posterior.

Mãos e pés: Trirrádio axial palmar distal, vinco símio, unhas estreitas hiperconvexas, flexão de dedos com ou sem sobreposição e camptodactilia, polidactilia de mãos e às vezes pés, proeminência posterior do calcanhar.

Cardíaco: 80% com defeito de septo ventricular, ducto arterioso patente, defeito de septo auricular, dextroposição.

Genitália: Homens: criptorquidia, escroto anormal; Mulheres: útero bicorno.

Hematológico: Maior frequência de projeções nucleares em neutrófilos, persistência incomum de hemoglobina fetal e/ou embrionária.

Outros esqueléticos: Costelas posteriores finas com ou sem costela faltante, hipoplasia da pelve com ângulo acetabular

Outros: Artéria umbilical única, hérnia inguinal ou umbilical.

## **Anormalidades encontradas em menos de 50%**

Crescimento: Peso médio de 2480 g, início pré-natal da deficiência de crescimento.

Sistema Nervoso Central: Hipertonia, hipotonia, agenesia de corpo caloso, hidrocefalia, fusão da gânglia basal, hipoplasia cerebelar, meningocele.

Olhos: Pregas supraorbitais rasas, fissuras palpebrais inclinadas, sobrancelhas ausentes, hipotelorismo, hipertelorismo, anoftalmia, ciclopia.

Nariz, Boca e Mandíbula: Fissura mediana ausente, palato estreito, língua bífida, micrognatismo.

Mãos e Pés: Polegar retroflexível, desvio ulnar, digitais com padrão de arco-baixo, digital do hálux em padrão de S fibular, fenda entre o primeiro e o segundo pododáctilos, unhas dos pés hipoplásticas, equinovarus, aplasia radial.

Cardíaco: Retorno venoso anormal, dextroposição da aorta, atresia de valvas mitral e/ ou aórtica, valva aórtica bicúspide, defeitos mediais dos pequenos vasos pulmonares.

Abdômen: Onfalocele, ectopia de tecido pancreático ou esplênico, rotação incompleta de cólon, divertículo de Meckel

Renal: Rins policísticos, hidronefrose, rim em ferradura, ureteres duplicados.

Genitália: Homens: hipospadia; Mulheres: inserção duplicada ou anômala de tubas de falópio, cistos uterinos, hipoplasia de ovário.

Outros: Trombocitopenia, situs inverso pulmonar, cistos tímicos, arteríolas pulmonares calcificadas, vesícula biliar aumentada, aplasia de rádio, flexão de grandes articulações deformada, defeitos de diafragma.

## DIAGNÓSTICO DE CERTEZA

O diagnóstico de certeza para a trissomia do cromossomo 18 (Síndrome de Edwards) e para a trissomia do cromossomo 13 (Síndrome de Patau) é realizado por meio de testes genéticos, como amniocentese, entre a 15<sup>a</sup> e a 20<sup>a</sup> semanas de gravidez, ou biópsia de vilosidades coriônicas, entre a 11<sup>a</sup> e a 14<sup>a</sup> semanas de gravidez. Os testes genéticos são procedimentos que analisam o material genético de um indivíduo para identificar possíveis alterações, mutações ou anomalias cromossômicas. No contexto das trissomias cromossômicas, como as Síndromes de Edwards e Patau, dois dos testes mais comuns são a amniocentese e a biópsia de vilosidade coriônica (BVC). Além disso, a consulta com um geneticista pode ser indicada para obter informações específicas e aconselhamento é um passo adicional importante para a elucidação do quadro para os familiares.

### *Amniocentese*

É um procedimento realizado a partir da 16<sup>a</sup> semana de gestação e envolve a inserção de uma agulha através do abdômen da mãe para coletar uma pequena quantidade de líquido amniótico na câmara âmnia, que envolve o feto. É, portanto, um teste invasivo que, apesar de ser o padrão ouro para o diagnóstico genético pré-natal, apresenta risco de perda de gestação de 0,1 a 0,5%.



Material Analisado: o líquido amniótico contém células fetais que podem ser examinadas para identificar anormalidades cromossômicas. [12]

### ***Biópsia de Vilosidade Coriônica (BVC)***

É um procedimento realizado a partir da 11<sup>a</sup> semana de gestação e envolve a coleta de uma amostra de tecido da placenta, que tem material genético semelhante ao do feto. Em relação à amniocentese, pode-se elencar a vantagem de apresentar resultados mais precocemente. Entretanto, a BVC é um teste invasivo, assim como a amniocentese, apresentando risco entre 0,1 e 0,5% de perda gestacional. Também não se deve excluir a possibilidade de confusão com mosaicismo placentário quando da análise do material coletado, que é um fator confundidor diagnóstico importante.

Material Analisado: as células da amostra de vilosidade coriônica são examinadas para detectar possíveis anormalidades cromossômicas. [12]

### ***Testes de Triagem Pré-natal***

Tipos: existem também testes de triagem não invasivos, como o rastreamento combinado do primeiro trimestre e o teste de DNA fetal no sangue materno (NIPT), que analisam marcadores no sangue materno e o DNA fetal circulante, e a ultrassonografia, que fornece a imagem do feto e permite o levantamento de suspeita acerca de diagnósticos.

Indicação: são usados para avaliar o risco de trissomias cromossômicas, mas não fornecem um diagnóstico definitivo como os testes invasivos. É fundamental destacar que os testes genéticos, especialmente os invasivos, carregam um pequeno risco de complicações, e a decisão de realizá-los deve ser tomada considerando os benefícios e riscos. [12]

## **A LEI DO ABORTO NO BRASIL**

No Brasil, atualmente a legislação sobre o aborto é regida pelo Decreto-Lei nº 2.848, de 1940 [13]. Nele, há a permissão para a realização do aborto, por meio da não aplicação de uma

punição nos casos em que ele é realizado por um médico, em dois casos (art. 128). O primeiro, é quando o aborto é considerado necessário, sendo ele o único modo de salvar a vida da gestante; o segundo, é quando a gravidez foi resultante de um estupro, e a realização do procedimento será realizada com o consentimento prévio da gestante ou, quando ela for ou estiver incapaz, com o consentimento de seu representante legal. Há ainda, desde 2012, uma permissão para realização em um terceiro caso, considerado como parto antecipado com fins terapêuticos. Essa permissão se deu por meio de um julgamento do STF e se aplica nos casos em que o feto tenha anencefalia (condição considerada incompatível com a vida) [6]. Salvo esses casos, o aborto é considerado crime no Brasil de acordo com o Código Penal Brasileiro [13].

## INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO

A interrupção terapêutica da gestação, ou aborto terapêutico, é realizada em um ambiente médico sob a supervisão de profissionais de saúde qualificados. Os procedimentos podem variar dependendo da fase da gestação, das leis locais e das circunstâncias médicas. Vale ressaltar que as práticas e regulamentações podem diferir consideravelmente em diferentes países e regiões.

A partir de 20 semanas de gestação, emprega-se previamente à indução, o uso de cloreto de potássio, intra cardíaco fetal, via transabdominal. Em casos mais emergentes a aspiração a vácuo é um procedimento comum para interrupção em estágios iniciais (até cerca de 12 semanas). Envolve a sucção do conteúdo uterino por meio de um tubo.

Também podemos destacar a dilatação e curetagem, método usado em estágios mais avançados, geralmente até 16 semanas. Envolve dilatação do colo do útero e remoção do conteúdo uterino usando instrumentos cirúrgicos. Por sua vez, o método de dilatação e evacuação, realizado em estágios mais avançados da gravidez, envolve a dilatação do colo do útero e a remoção do feto por meio de aspiração e do uso de instrumentos cirúrgicos.

Por fim, pode-se interromper a gestação por meio da indução do trabalho de parto em gestações mais avançadas, a partir de 20 semanas, sendo que previamente utiliza-se cloreto de

potássio intracardíaco fetal por via transabdominal materna. [9]

A escolha do método depende de vários fatores, incluindo a idade gestacional, a saúde da gestante e as regulamentações locais. Em muitos lugares, a interrupção terapêutica é realizada em hospitais ou clínicas especializadas, garantindo o monitoramento adequado e o suporte à saúde da mulher. A decisão de prosseguir com a interrupção terapêutica é altamente pessoal e muitas vezes complexa e aconselhamento médico e psicológico são fundamentais para apoiar a mulher no processo de tomada de decisões e durante o procedimento, se for escolhido.

## **A SOLICITAÇÃO VIA PROCURADORIA DO CIDADÃO** ***A quem buscar***

O Ministério Público Federal é um dos ramos do Ministério Público da União (MPU) - instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado - é o órgão a ser procurado. Defendendo a ordem jurídica, o regime democrático e os interesses sociais e individuais indisponíveis, sua organização, seu funcionamento e as atribuições administrativas de seus órgãos e unidades obedecem ao disposto na Constituição Federal [8].

O Ministério Público Federal tem mais de 200 unidades espalhadas em todo o país. A estrutura conta com:

- Procuradoria Geral da República (PGR);
- Procuradorias Regionais da República (PRRs);
- Procuradorias da República nos estados e no Distrito Federal (PRs); e
- Procuradorias da República nos municípios (PRMs)

A Procuradoria da República no Rio Grande do Sul (PR/RS) é a unidade do Ministério Público Federal (MPF) que atua no estado do Rio Grande do Sul nos casos de competência da Justiça Federal em Primeira Instância.

O MPF/RS possui unidades em 15 cidades, além da Capital. Em Porto Alegre existe uma Procuradoria atinente ao Município de Porto Alegre, localizada rua Otávio Francisco Caruso da Rocha, 700, Bairro Praia de Belas. Atendimento de segunda à sexta às 18h (Sala do Cidadão).

## PRESSUPOSTOS MÉDICOS

Nos pressupostos médicos que baseiam a interrupção terapêutica da gestação nos casos das trissomias 13 e 18 há um paralelo entre essas condições médicas e a anencefalia (situação em que já há a previsão legal para ser realizada a interrupção) pela falta de condições para a manutenção da vida fora do útero materno - questão essa que excluiria a defesa do direito à vida do feto, visto que ela seria impossível de ser mantida - e, assim sendo, prevaleceria apenas o direito da mulher à integridade física e psíquica, que poderiam ser considerados comprometidos mediante tal gestação, não ocorrendo uma sobreposição dos direitos dela aos do feto [6].

Para a questão sobre a impossibilidade de manutenção da vida do feto, podemos citar os dados mencionados anteriormente de expectativa de vida em ambas as síndromes; no caso da trissomia do cromossomo 13, sendo encontrada mortalidade de até 95% no primeiro semestre de vida [3,4] e, no caso da trissomia do cromossomo 18, com 98% de mortalidade até o final do primeiro ano de vida [1,4]. Assim sendo, é possível perceber a inviabilidade na extrema maioria dos casos de vida fora do útero.

Dentre os riscos à sua integridade física e psíquica, podemos citar como exemplo a questão de sofrimento psicológico ao ser obrigada a levar adiante uma gestação em que se sabe que a vida do bebê após o nascimento será impossibilitada de ser mantida. Ainda, quanto à integridade física, os riscos inerentes de uma gestação são somados aos riscos ocorridos nesses casos em específico, como a ocorrência de polidrâmnio e, no momento do parto, da atonia uterina - que aumentam a possibilidade de morbimortalidade materna [2]. Destacamos, no entanto, que nos casos em que a mãe decida pela manutenção da gestação, ela receberá todo o acompanhamento e apoio necessários para seguir no acompanhamento pré-natal e receberá também o suporte pós-natal, bem como o bebê receberá os tratamentos disponíveis para o seu caso.

## ALVARÁ JUDICIAL

O alvará judicial para interrupção da gravidez refere-se a uma autorização concedida pelo sistema judicial para a realização de um procedimento de aborto, geralmente em circunstâncias

específicas e quando há requisitos legais ou restrições que exigem a aprovação do tribunal. [7]

As situações em que pode ser necessário obter um alvará judicial para a interrupção da gravidez variam de acordo com as leis locais e nacionais em alguns lugares, a legislação pode exigir autorização judicial para interrupções realizadas em estágios mais avançados da gravidez. [7]

Em casos específicos, como anomalias fetais graves ou risco à saúde da gestante, a legislação pode requerer a aprovação judicial. Para gestantes menores de idade, alguns sistemas legais podem exigir a aprovação do tribunal ou consentimento dos pais, dependendo das circunstâncias. Já em locais com legislação restritiva sobre a interrupção da gravidez, pode ser necessário obter uma ordem judicial para proceder. [7]

O processo para obter um alvará judicial geralmente envolve a apresentação de evidências e argumentos à corte para justificar a necessidade da interrupção da gravidez. Essas evidências podem incluir relatórios médicos, depoimentos de profissionais de saúde e outras informações relevantes. É crucial ressaltar que as leis e regulamentações sobre a interrupção da gravidez variam amplamente, e as circunstâncias em que um alvará judicial é necessário também podem ser diferentes. [7]

Em anexo, há um modelo de relatório médico utilizado pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre nos casos de solicitação judicial de aborto.

## **COLETA DE CASOS E FORMAÇÃO DE JURISPRUDÊNCIA**

O judiciário brasileiro tem reafirmado o entendimento de que se um feto não tem condições de sobreviver fora do útero, a gestante pode interromper a gravidez.

Há uma farta jurisprudência (conjunto das decisões e interpretações das leis feitas pelos tribunais superiores, adaptando as normas às situações de fato) que abrem a possibilidade de busca de decisões judiciais que permitam a interrupção da gravidez nos casos de impossibilidade de sobrevivência do feto fora do útero. Não é lei, é uma construção jurisprudencial, via decisões judiciais que se alinham numa mesma direção, incluindo os casos de Trissomia do 18 (Síndrome de Edwards) e Trissomia

do 13 (Síndrome de Patau).

Existem decisões de Primeira Instância da Justiça Federal e da Justiça Estadual, e também existem decisões, inclusive, da Instância máxima da Justiça brasileira, o Supremo Tribunal Federal. Em evidente descompasso com o progresso da Medicina e da biomedicina, a legislação brasileira, datada de mais de setenta anos, não abriga, entre as hipóteses impuníveis de aborto, a indicação decorrente de grave enfermidade, como nos casos de Síndrome de Edwards e Síndrome de Patau.

## **LEI E JURISPRUDÊNCIA**

A lei é uma concepção estática do direito, ao passo que a jurisprudência é o direito dinâmico, elaborado por muitas inteligências, a partir da petição inicial elaborado por um advogado ou outro operador do direito com legitimidade postulatória, passando pelo juiz de primeira instância, até chegar às Cortes Superiores (órgãos colegiados), com base na realidade social que está em constante mutação. [16] Assim, a ausência de expressa norma permissiva não serve de obstáculo a que, respeitando-se as orientações e imposições estabelecidas na lei e observando a sua aplicação inteligente, venha a ser autorizada a interrupção do processo gestacional em que haja diagnóstico pré-natal seguro a respeito de aberração cromossômica grave do feto, como nos casos de Síndrome de Edwards e de Patau.

## **JUSTIFICATIVA LEGAL PARA A DECISÃO DE INTERRUPTÃO**

Não pode o juiz de primeira instância, ou um Colegiado (Cortes Superiores) deixarem de decidir alegando lacuna na lei: a própria lei (CPC- Código de Processo Civil, art.8º e lei de introdução ao Código Civil art. 4º) ordena-lhe formular regra jurídica para a hipótese e dar decisões, lançando mão de analogia, dos costumes e princípios gerais do direito à luz dos fins sociais e às exigência do bem comum promovendo a dignidade da pessoa humana. [14,15]

## LEGITIMIDADE POSTULATÓRIA

A Constituição Federal de 1988, conferiu ao Ministério Público em seu art. 129, inciso II, a função de “zelar” pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia. [8]

A Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) interage com órgãos do Estado e representantes da sociedade civil na solução e melhoramentos na efetiva dos direitos do cidadão.

Portanto, por disposição Constitucional, o MP tem legitimidade postulatória para o encaminhamento do pedido de autorização judicial para a interrupção da gravidez por via legal. A forma vigente teve início há 20 anos, desta forma, o MPF consegue de forma legítima formular pedido de forma juridicamente adequada e sem protelações que possam atrapalhar, obstaculizar uma medida necessária, em vista que o tempo é elemento crucial e fundamental para o deslinde desta situação, em defesa das pacientes postulantes, quando se trata de malformação congênita impossível de ser tratadas.

## COMENTÁRIO SOBRE A DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO DE FETOS ANENCÉFALOS

No Brasil, a prática do aborto é tida como crime declarado por lei desde 07 de dezembro de 1940, podendo levar aos envolvidos penas de reclusão de um a dez anos, variando conforme o caso e havendo exceções, como: abortos conduzidos para salvar a vida da parturiente, casos de gestações advindas de estupro e, atualmente, diagnósticos de feto anencefálico. Entretanto, a legalização do aborto para os casos de anencefalia fetal é uma decisão advinda da arguição de descumprimento de preceito fundamental (ADPF) 54, de 12 de abril de 2012. [6,7]

A ADPF 54 seguiu-se de uma série de pedidos extrajudiciais e aberturas de exceções ao longo dos anos, por pedidos de gestantes e médicos, sendo estruturada e levada à votação com resultado favorável (sete dos dez votos foram a favor). Desta forma, o Supremo Tribunal Federal determinou que a interrupção da gestação de fetos anencefálicos não é considerada um aborto propriamente, haja vista que não há possibilidade de vida para o

feto após o parto. Dentre os argumentos usados pelos ministros votantes, destacam-se os que valorizam o sofrimento infligido sobre mulheres e famílias que antes tinham de conduzir essas gestações até seus fins: aguardando, com muita dor, a invariável morte de seus filhos. Luís Roberto Barroso, hoje presidente do Supremo Tribunal Federal, postulou que “a mulher não sairá da maternidade com um berço, mas sim com um pequeno caixão, além da necessidade de tomar remédios para cessar o leite que produziu para ninguém; uma tortura psicológica”. [7]

## Referências

1. Cereda A, Carey JC. The trisomy 18 syndrome. *Orphanet J Rare Dis*. 2012 Oct 23;7:81. doi: 10.1186/1750-1172-7-81. PMID: 23088440; PMCID: PMC3520824;
2. Jones, Kenneth Lyons. *Smith's Recognizable Patterns of Human Malformation*. Philadelphia :Saunders, 1988. Chapter 1 pg. 8-9;
3. Williams GM, Brady R. Patau Syndrome. [Updated 2023 Jun 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538347/>;
4. Marcdante, Karen. *Nelson Princípios de Pediatria*. Disponível em: Minha Biblioteca, (7th edição). Grupo GEN, 2016. Capítulo 49;
5. Jones, Kenneth Lyons. *Smith's Recognizable Patterns of Human Malformation*. Philadelphia: Saunders, 1988. Chapter 1 pg. 14;
6. BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54. Distrito Federal. Relator: Min. Marco Aurélio. Brasília, 12 de abril de 2012. Disponível em: <<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>>. Acesso em: 21 dez. 2023
7. STF concede alvará judicial para interrupção de gravidez de feto anencéfalo; Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2012-abr-12/supremo-permite-interruptao-gravidez-feto-anencefalo/>Acesso em 21 dez. 2023
8. BRASIL Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Brasília, DF: Presidência da República (2016)
9. Interrupção da gravidez diante de anomalias genéticas contexto e métodos: Patrício SS, Gregório VRP, Pereira S, Costa R. Fetal abnormality with possibility of legal termination: maternal dilemmas. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 3):125-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0234>
10. Kumar Praveen and Barbara K Burton. *Congenital Malformations : Evidence-Based Evaluation and Management*. McGraw-Hill Medical



2008.

11. Marcdante, Karen. Nelson Princípios de Pediatria. Disponível em: Minha Biblioteca, (7th edição). Grupo GEN, 2016. Capítulo 47;

12. Métodos diagnósticos para doenças genéticas: Pinto. J.W, prenatal diagnosis, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Genética Médica. Págs 143~155 doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000100013>

13. BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm)>. Acesso em: 21 dez. 2023.

14. BRASIL, Lei nº 10.406, 10 de janeiro de 2002, Código Civil

15. RABESCHINI, André Gomes, Novo Código de Processo Civil- Lei nº 13.105/2015, Conteúdo Jurídico, Brasília- DF: 26 de março de 2015

16. BETIOLI, Antonio Basto. Introdução ao Direito. São Paulo: Atlas,2001

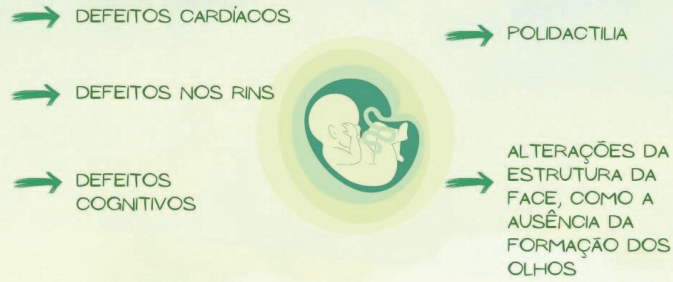
## Recursos midiáticos - Síndromes polimalformativas dos cromossomos 13 e 18



## O QUE SÃO ESSAS SÍNDROMES?

SÃO ALTERAÇÕES GENÉTICAS QUE AFETAM O DESENVOLVIMENTO DO FETO NA VIDA INTRAUTERINA E DA CRIANÇA NA VIDA PÓS PARTO, LIMITANDO A QUALIDADE E A EXPECTATIVA DE VIDA, SENDO, NOS CASOS DAS TRISSOMIAS DOS CROMOSSOMOS 13 E 18, 80% DOS FALECIMENTOS NO PRIMEIRO MÊS DE VIDA.

O QUÊ NORMALMENTE ACOMETE ESSES FETOS?



## COMO É FEITO O DIAGNÓSTICO DESSAS SÍNDROMES?

O DIAGNÓSTICO É FEITO PRINCIPALMENTE POR MEIO DE TESTES GENÉTICOS, SENDO ELAS A AMNIOCENTESE E A BIÓPSIA DE VILOSIDADES CORIÔNICAS (BVC)

### AMNIOCENTESE

- PODE-SE FAZER O PROCEDIMENTO A PARTIR DA 16ª SEMANA DE GESTAÇÃO
- COLETA DO LÍQUIDO AMNIÓTICO COM UMA AGULHA ADEQUADA
- ANÁLISE DAS CÉLULAS FETAIS
- É O EXAME PADRÃO OURO
- HÁ RISCO, PODENDO LEVAR À PERDA GESTACIONAL EM ATÉ 0,5% DOS CASOS

### BIÓPSIA DE VILOSIDADES CORIÔNICAS

- PODE-SE FAZER O PROCEDIMENTO A PARTIR DA 11ª SEMANA DE GESTAÇÃO
- COLETA DE TECIDO DA PLACENTA
- ANÁLISE DO TECIDO DA PLACENTA, QUE É MUITO SEMELHANTE AO DO FETO
- TAMBÉM É UM TESTE INVASIVO E APRESENTA RISCO, PODENDO LEVAR À PERDA GESTACIONAL EM ATÉ 0,5% DOS CASOS



## ESSA GESTAÇÃO PODE SER INTERROMPIDA?

AINDA QUE NÃO HAJA PREVISÃO LEGAL, HÁ UMA FORMA DE INTERROMPER LICITAMENTE A GESTAÇÃO, O QUE É FEITO POR VIA JUDICIAL EM CONTATO COM UMA EQUIPE MÉDICA ESPECIALIZADA



ESSE PROCESSO OCORRE POR MEIO DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, VIA PROCURADORIA DO CIDADÃO, FUNDAMENTANDO-SE NA APLICAÇÃO EXTENSIVA DA ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL 54, DE 2012, QUE CONTEMPLA A INTERROMPÇÃO DAS GESTAÇÕES DE FETOS ANENCÉFALOS.



## COMO É FEITA A INTERRUPTÃO DA GESTAÇÃO

A INTERRUPTÃO TERAPÊUTICA DA GESTAÇÃO, TAMBÉM CONHECIDA COMO ABORTO TERAPÊUTICO, É UM PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO EM AMBIENTE CONTROLADO POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE TREINADOS.

OS MÉTODOS UTILIZADOS PODEM VARIAR DE ACORDO COM A FASE DA GESTAÇÃO, AS LEIS LOCAIS E AS CONDIÇÕES MÉDICAS DA MULHER.

É IMPORTANTE RESSALTAR QUE ISSO DEVE ENVOLVER COMUNICAÇÃO E A ORIENTAÇÃO DE UM PROFISSIONAL.



É NECESSÁRIO ENTENDERMOS ESSA QUESTÃO NÃO COMO UM APELO PARA QUE AS FAMÍLIAS TOMEM A DECISÃO DA INTERRUPTÃO DA GESTAÇÃO, MAS SIM PARA QUE AS FAMÍLIAS QUE TOMAREM O FAÇAM DE MANEIRA SEGURA E AMPARADA, TANTO LEGALMENTE, QUANTO MÉDICA E EMOCIONALMENTE PELO SISTEMA DE SAÚDE.



SE VOCÊ GOSTOU DO POST E ACHA QUE ELE PODE SER ÚTIL PARA ALGUÉM QUE VOCÊ CONHECE, COMPARTILHE!

PARA MAIS INFORMAÇÕES, CONSULTE O SEU GINECOLOGISTA OU UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE