

# **A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À GESTANTE COM GRAVIDEZ ANENCÉFALA**

**Manuela Cerqueira de Oliveira dos Santos**

**Carina Estrela Moita**

## **RESUMO**

No Brasil o tema, anencefalia, ganhou grande destaque em 2012, quando o Supremo Tribunal Federal decidiu sobre a antecipação terapêutica do parto em casos de anencefalia, na qual não fica caracterizado crime de aborto. Cabe à mulher, e não ao Estado, a decisão da manutenção ou interrupção da gravidez nesse caso; e, ao Estado, conceder apoio médico e psicológico, assim como todas as informações necessárias antes e após a tomada de decisão da mulher. O diagnóstico pode ser realizado ainda no pré-natal, a partir da 12ª semana de gestação, através da ultrassonografia morfológica ou, ainda, por meio da dosagem de alfa-fetoproteína no soro materno ou líquido amniótico. Para os profissionais de saúde, em especial, o enfermeiro, além do cuidado com a vida dessas mulheres, é importante manter-se o compromisso ético, tendo todas as informações de forma a preservar a sua integridade. As mulheres que decidirem pela antecipação terapêutica do parto deve ser garantido condições adequadas para essa prática de forma segura e sempre com orientação, preservando o seu bem-estar físico e mental. Este estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de cunho descritivo com abordagem qualitativa. O objetivo geral é conhecer a assistência de enfermagem à gestante com diagnóstico de anencefalia fetal, segundo o que diz a literatura; e os objetivos específicos, compreender a anencefalia como uma situação incompatível com a vida; abordar as implicações legais do aborto eletivo para a gestante com gravidez anencéfala; e identificar as complicações gestacionais para uma gestação anencéfala.

**Palavras- chave:** Anencefalia. Enfermeiro. Ética.

## **1 INTRODUÇÃO**

Muito vem se falando sobre a anencefalia. No Brasil o tema ganhou grande destaque em 2012, quando o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu sobre a

antecipação terapêutica do parto em casos de anencefalia, na qual não fica caracterizado crime de aborto. Cabendo a mulher, e não ao Estado a decisão da manutenção ou interrupção da gravidez nesse caso; e, ao Estado, conceder apoio médico e psicológico, assim como todas as informações necessárias antes e após a tomada de sua decisão. (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2012).

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM) (2014), o termo apropriado para ser utilizado deve ser: antecipação terapêutica do parto, ao invés de aborto, descaracterizando assim o crime, conforme diz o Código Penal, Lei nº. 2.848 de 07.12.1940, artigos 124, 126 e 128, incisos I e II, respaldando médicos e gestantes a realizar o procedimento legalmente, como foi dito pelo STF, durante o julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº. 54 de 17.06.2004 (ADPF-54).

Sabendo-se da gravidade dessa má formação, Barchifontaine e Passini (1998) apud Torruel (2008, p. 4), relatam que a “[...] anencefalia consiste na ausência no feto dos dois hemisférios cerebrais. Não corresponde exatamente, no plano médico, à “morte cerebral”. O sinal inequívoco desta reside na constatação da ausência funcional total e definitiva do tronco cerebral. [...]”.

O Brasil ocupa a quarta posição no ranking dos países no mundo com maior incidência de nascimento de anencéfalos. (PRONIN, 2012).

Nos fetos anencéfalos persiste a existência do tronco cerebral, permitindo em alguns casos a sua sobrevivência fora do útero materno. (BARCHIFONTAINE e PASSINI, 1998 apud TORRUEL, 2008).

O Ministério da Saúde (MS) (2014, p. 7), descreve a anencefalia como uma “malformação incompatível com a vida”. Onde cerca de 80% dos fetos são natimortos. Os outros 20% morrem dentro de horas ou dias após o parto. Quanto mais tempo durar essa gestação o bem-estar físico e mental da mulher pode ser afetado, colocando até mesmo sua vida em risco.

Para Moore e Persaud (2012), é uma anomalia letal comum que ocorre ao menos uma vez a cada 1000 nascimentos, sendo 2 a 4 vezes mais comum em gestação de fetos do sexo feminino do que masculino.

Segundo o CFM (2012), após a interrupção da gestação de feto anencéfalo, as chances de uma nova gestação anencéfala é cerca de 50 vezes maior, se não forem adotados certos cuidados preconcepcionais.

Em virtude aos riscos decorrentes nesse estado gestacional e após decisão do STF, ficou estabelecido também que o CFM deveria deliberar diretrizes para que os médicos pudessem se orientar após a decisão da gestante. Cabendo aos mesmos, ofertar apoio e orientação às mesmas nos casos de decisão pela antecipação terapêutica do parto; se disponível, assistência multiprofissional. Assim, nos casos de manutenção da gestação, deve haver a oferta do pré-natal adequado, sem prejuízos para gestante, sabendo-se que é uma gestação de alto risco (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

Tendo em vista o alto risco nesta gestação, é notada a maior frequência de complicações como hipertensão arterial, gravidez prolongada, rotura prematura de membrana, retenção placentária, atonia uterina e aumento do volume de líquido amniótico (poli-hidrâminio), trazendo danos físicos à saúde da mulher, entre outras. (BRASIL, 2014).

A justificativa deste trabalho baseia-se no conteúdo ora exposto, no qual hoje tornou-se mais fácil o diagnóstico, assim como o acesso às informações e condutas médicas, de acordo com a decisão da mulher. Porém, o profissional de enfermagem deve estar apto para lidar com a gestante que está passando por essa situação atípica em sua gestação, na qual a mesma terá a difícil missão de escolher entre a manutenção ou a interrupção da gestação, abalada emocionalmente. Diante do exposto, surgiu o seguinte questionamento que direcionará este estudo: qual a assistência de enfermagem à gestante com diagnóstico de anencefalia fetal, segundo o que diz a literatura?

O objetivo geral desta pesquisa é conhecer a assistência de enfermagem à gestante com diagnóstico de anencefalia fetal, segundo o que diz a literatura. Partindo assim, para os seguintes objetivos específicos, compreender a anencefalia como uma situação incompatível com a vida; abordar as implicações legais do aborto eletivo para a gestante com gravidez anencéfala; e identificar as complicações gestacionais para uma gestação anencéfala.

## **2 MÉTODO**

De acordo com Andrade (2005, p. 129), metodologia “é o conjunto de métodos ou caminhos que são percorridos na busca do conhecimento”.

No entanto para se alcançar esse conhecimento, devem-se utilizar os recursos da natureza, onde sua apresentação deverá seguir uma padronização. (PRADANOV e FREITAS, 2013).

Metodologia do trabalho científico é uma forma de organização de qualquer trabalho científico, seja ele de projeto de pesquisa a relatórios técnico-científico, a fim de que busquem motivações para encontrar respostas às suas indagações, respaldadas e sistematizadas em procedimentos metodológicos pertinentes (PRADANOV e FREITAS, 2013).

O presente estudo se trata de uma pesquisa bibliográfica de cunho descritivo com abordagem qualitativa. Por ser uma revisão de literatura, foi elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos, monografias, teses, dissertações, com a finalidade de se conhecer as diferentes contribuições científicas disponíveis sobre o tema proposto.

Para elaboração do estudo, foram utilizadas como fontes de pesquisa a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), o site da Biblioteca Regional da Medicina (BIREME), as bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca de Enfermagem (BEDENF), e a Scientific Electronic Library Online (SciELO), nas quais pode-se encontrar livro, teses, artigos, dissertações referentes ao tema proposto.

Para a busca dos artigos, foram utilizados descritores no idioma português: Anencefalia; Aborto; ADPF-54; Assistência de enfermagem; e a combinação dos mesmos para encontrar o alvo do estudo em questão, formando assim um material com conteúdo abrangente e ao mesmo tempo adequado para a linha de estudo.

Foram aproveitados, para o estudo, os materiais encontrados em base de dados e livros, nos quais estavam inclusos materiais de publicações completas, originais, no idioma português, no período compreendido entre 2004 a 2008, 2011 a 2014, e o ano de 2002, pela relevância das informações. Os estudos escolhidos tiveram relação direta com a investigação em questão e os objetivos propostos.

Foram excluídos desse levantamento todos os resumos de artigos, monografias, teses e dissertações, trabalhos que não estivessem no idioma português, e em acesso gratuito, ou nos bancos de dados e de outras instituições de ensino público, pela indisponibilidade imediata do texto original e na íntegra para a leitura e análise do mesmo. Também foram descartados os materiais que não

apresentavam coerência com os objetivos do estudo e que estivessem fora do período determinado.

Para a seleção dos trabalhos utilizados, realizou-se uma leitura de várias publicações, buscando a relação direta com o tema proposto, estando coerente com a questão norteadora do estudo e aos objetivos do mesmo. Assim, a amostra final desta pesquisa foi definida por 2 livros para a fundamentação metodológica; e 6 livros, 3 manuais, 1 resolução e 8 artigos para contextualização teórica do estudo

A análise dos dados foi realizada a partir de evidências encontradas. Foram avaliados os dados do estudo, do período e resultados. A análise crítica da pesquisa se constituiu na leitura dos textos encontrados em sua íntegra, com o objetivo de serem selecionados os dados mais importantes de cada um. Ao final desse processo, foi realizada uma análise temática coletando os pontos mais relevantes. Fazendo assim, resumos próprios de cada material selecionado para ser utilizado de forma que fosse evitado o plágio.

### **3 COMPREENDENDO A ANENCEFALIA**

A anencefalia (gr. *an*, sem, *enkephalos*, cérebro) é uma má formação congênita, letal, caracterizada pela má formação do encéfalo e calota craniana devido ao não fechamento adequado do tubo neural, nas primeiras semanas do desenvolvimento embrionário, derivando assim, diversas anomalias embrionárias. (MOORE e PERSAUD, 2012).

A primeira formação do Sistema nervoso central (SNC) aparece na terceira semana do desenvolvimento, dando assim origem as pregas neurais e ao início do tubo neural. A falha nesse processo desencadeia anomalias graves do encéfalo e medula espinhal. Defeitos no tubo neural são bem comuns e o mais grave e mais comum deles é a anencefalia. (MOORE e PERSAUD, 2012).

Apesar de o termo ser utilizado de forma corriqueira, é usualmente errado, pois existe a presença do cérebro, sendo assim o termo mais adequado para uso seria a meroanencefalia (gr. *meros*, parte). O que ocorre é um distúrbio primário no neuroectoderma, o que leva a não-fusão das pregas neurais, fazendo com que não haja formação adequada do tubo neural. (MOORE e PERSAUD, 2012).

Portadores de anencefalia apresentam características específicas tais como: crânio ausente ou bastante hipoplásico; glândula hipofisária ausente ou vestigial; não apresenta fronte ou occipital do seguimento cefálico; face delimitada pela borda

superior das órbitas; globos oculares proeminentes; e nariz achatado. Por essas características, o feto anencéfalo poderá nascer morto ou viver por algumas horas ou dias. (SILVA, MARQUES, et al., 2013)

A anencefalia causa inúmeros danos ao embrião, pois a ausência das estruturas cerebrais inviabiliza todas as funções superiores do sistema nervoso central, sendo assim incompatível com a vida extrauterina.

De acordo com um estudo realizado pelos doutores Carlos Gherardi e Isabel Kurlat denominado *Anencefalia e Interrupción del Embarazo – Análisis médico y de los fallos judiciales a propósito de um caso reciente*, aproximadamente 75% dos fetos afetados morrem dentro do útero, enquanto que, dos 25% que chegam a nascer, a imensa maioria morre dentro de 24 horas e o resto dentro da primeira semana. (SOUSA, 2008, p. 222).

Ainda no mesmo sentido, Terruel (2008, p. 1), relata:

O processo de formação e fechamento do tubo neural é suscetível a diversos erros, podendo originar malformações ao sistema nervoso consideradas letais, severas ou menores. [...]

O grau de severidade da formação do tubo neural é aquela em que há falha da neurulação primária e que origina a craniorraquisquise total. O feto que é acometido desta malformação não sobrevive senão poucas horas de vida, pois todo o sistema nervoso fica exposto e malformado.

Entende-se que as anomalias congênitas podem ser causadas por fatores genéticos e/ou ambientais. Mesmo o embrião estando protegido pelo útero, alguns fatores ambientais podem causar perturbações no seu desenvolvimento. São os chamados teratógenos. Durante a primeira semana de desenvolvimento o embrião fica mais sensível à ação de teratógenos, devido ao processo de diferenciação rápida. (MOORE e PERSAUD, 2012).

A aminopterina, antimetabólico, é um teratógeno potente que é antagonista do ácido fólico, e pode causar diversas anomalias congênitas, principalmente no sistema esquelético e no sistema nervoso central. Essa substância pode ser encontrada no metotrexato, medicação de uso oncológico e para doenças autoimunes. (MOORE e PERSAUD, 2012).

O ácido fólico ou folato é imprescindível no período gestacional por participar ativamente do processo de desenvolvimento embrionário, inibindo possíveis malformações congênitas. É uma vitamina do complexo B, que está presente em vários alimentos, porém se exposta a temperaturas elevadas e ao oxigênio do ar, traz prejuízos a sua ação no organismo. (SANTOS e PEREIRA, 2007).

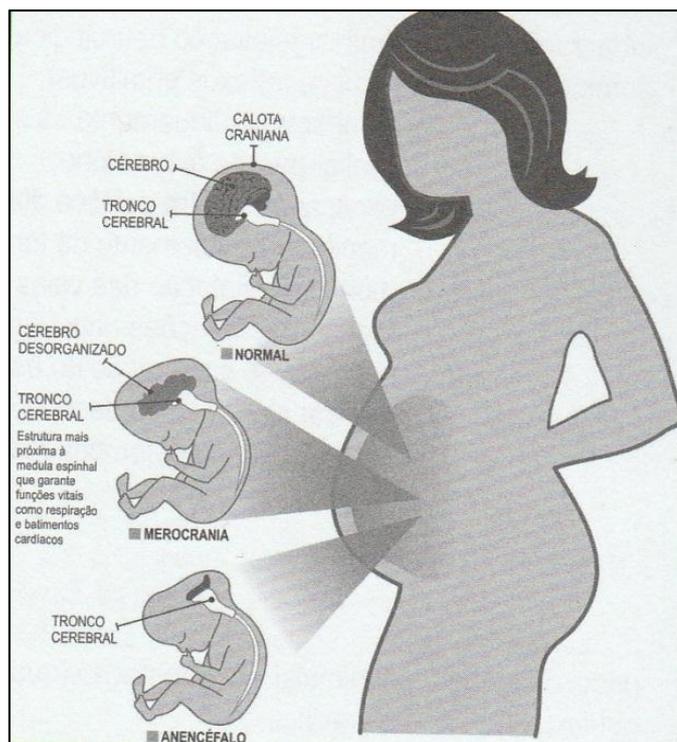
Essa vitamina é muito importante nas fases de crescimento e desenvolvimento do corpo humano, pois participa da formação e multiplicação de todas as células, dentre elas as sanguíneas, de defesa, e de formação de proteínas. Entre os alimentos

ricos em folato estão: fígado, feijão, aspargo, vegetais folhosos verde-escuros, carne de boi e de porco, batatas, ovo, queijo, entre outros. (SANTOS e PEREIRA, 2007).

A deficiência de ácido fólico no organismo pode ser causada pela ingestão inadequada da vitamina; situações que aumentam a necessidade desta no corpo como a gravidez, anemias, doenças renais crônicas; uso prolongado de alguns medicamentos, como metotrexato, anticoncepcionais, antiácidos; etilismo e tabagismo. (SANTOS e PEREIRA, 2007).

Na gestante esta vitamina é importante para a prevenção de malformações fetais graves, como cardíacas, faciais e defeitos no fechamento do tubo neural. Durante o processo gestacional aumenta-se a demanda dessa substância, fazendo-se necessário a suplementação, a fim de evitar danos a formação fetal. No Brasil a ANVISA preconiza a utilização de 0,4mg/dia para mulheres e 06mg/dia para gestantes. (SANTOS e PEREIRA, 2007).

O diagnóstico de anencefalia é um ato exclusivamente médico, e pode ser realizado ainda no pré-natal, a partir da 12<sup>a</sup> semana de gestação através da ultrassonografia morfológica ou ainda por meio da dosagem de alfa-fetoproteína no soro materno ou líquido amniótico. O médico, assim como toda a equipe deve estar bem preparada para o momento do diagnóstico e como proceder após a informação fornecida. (SILVA, MARQUES, et al., 2013).



Fonte: SILVA, MARQUES, et al., 2013.

#### 4 COMPLICAÇÕES MATERNAS FRENTE À GESTAÇÃO ANENCÉFALA

Além dos problemas embrionários, uma gestação anencéfala pode trazer danos a gestante e tais danos risco a vida da mesma. O MS em seu Manual de Atenção às Mulheres com Gestação de Anencéfalos, cita:

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

O sofrimento psíquico causado pela gestação de anencéfalo pode promover quadro de transtorno de estresse pós-traumático, um transtorno mental de longa duração cujos sintomas podem persistir por toda a vida. (BRASIL, 2014, p. 18-19).

##### 4.1 Distúrbios hipertensivos da gravidez

Os distúrbios hipertensivos da gravidez são responsáveis pela maior incidência de morte em gestantes. Estes oferecem riscos tanto para a mãe quanto para o feto, resultando em patologias graves tais como: insuficiência renal aguda; coagulopatias; edema pulmonar; descolamento prematuro de placenta; hemorragia cerebral; insuficiência hepática; síndrome de HELLP. (VIANA, OLIVEIRA e ANDRADE, 2012).

Em decorrência deste quadro, muitas gestantes acabam necessitando de cuidados intensivos. E os fetos podem apresentar crescimento intrauterino restrito (CIUR), prematuridade, morte e maior risco de doenças cardíacas durante a vida adulta. Sendo necessária assim uma vigilância constante, com um pré-natal efetivo. (VIANA, OLIVEIRA e ANDRADE, 2012).

A hipertensão gestacional pode ser definida através da aferição da pressão arterial, em repouso, onde a sistólica será igual ou superior a 140mmHg e/ou a diastólica igual ou superior a 90mmHg. A pressão deverá ser aferida numa média de duas vezes, com intervalo mínimo de 6 horas e no máximo de uma semana entre as aferições. (VIANA, OLIVEIRA e ANDRADE, 2012).

A hipertensão ainda pode ser classificada como leve, moderada e grave. Considerando para tal assim: leve – sistólica entre 140-149mmHg e diastólica entre 90-99mmHg; moderada – sistólica entre 150-159mmHg e diastólica entre 100-109mmHg; e grave – sistólica igual ou superior a 160mmHg e diastólica igual ou superior a 110mmHg. (VIANA, OLIVEIRA e ANDRADE, 2012).

Estes distúrbios hipertensivos da gestação podem ser classificados como: hipertensão crônica (HC), pré-eclâmpsia (PE) / eclâmpsia, HC com PE sobreposta e hipertensão gestacional. Onde tanto a hipertensão crônica quanto a hipertensão gestacional podem evoluir para a pré-eclâmpsia. (VIANA, OLIVEIRA e ANDRADE, 2012).

#### **4.2 Rotura prematura de membrana**

Refere-se à rotura das membranas amnióticas antes do início do trabalho de parto. Não apresenta etiologia completamente definida, porém entre os fatores de risco para tal, incluem-se: infecções; histórico prévio de rotura; poli-hidrânio; incompetência cervical; gestações múltiplas; e descolamento placentário. Caracteriza-se pela apresentação de grande fluxo de líquido amniótico ou extravasamento do líquido amniótico pela vagina. (NETTINA, 2011).

O diagnóstico pode ser realizado através exame especular estéril, para identificação de líquido na cavidade vaginal; teste da nitrazina, onde o teste positivo mudará a cor da fita de pH na presença do líquido amniótico; e prova da samambaia, onde o teste positivo apresentará “aspecto de samambaia” na lâmina, quando observada microscopicamente. (NETTINA, 2011).

Observando-se este quadro, a gestante deverá ser imediatamente internada e permanecer até o parto, sendo avaliada constantemente para excluir as hipóteses de trabalho de parto, sofrimento fetal e infecções. Iniciando o uso de corticosteroides, reduzindo a gravidade da síndrome da angústia respiratória no neonato, e antibióticos profiláticos. (NETTINA, 2011).

### **4.3 Hemorragia pós-parto**

Hemorragia pós-parto caracteriza-se por sangramento excessivo normalmente na primeira hora após o parto. Pode ocorrer devido à atonia uterina, que é o relaxamento do útero secundário a: gestação múltipla, poli-hidrânio, multiparidade, trabalho de parto prolongado, anestesia profunda, fibromiomas, fragmentos placentários retidos. Assim como laceração da vagina, colo ou períneo, devido a fetos grandes, parto por fórceps ou gestação múltipla. (NETTINA, 2011).

Na atonia uterina, o útero permanece amolecido, sendo difícil a palpação e não se contrai, ocorrendo grande sangramento vaginal, sendo necessária a utilização de ocitocina, metilergonovina ou misoprostol. Quando há restos placentários, pode ser indicada a curetagem uterina. Nas lacerações haverá a necessidade de reparação por episiorrafia. (NETTINA, 2011).

### **4.4 Poli-hidrânio**

Caracterizado pela quantidade excessiva de líquido amniótico, que é controlada em partes pela micção fetal, deglutição e respiração. Tem sua real etiologia desconhecida. Podendo estar associada ao diabetes materno, gestações múltiplas e iso-imunização RH, assim como as anomalias do sistema nervoso central, como espinha bífida, anencefalia, e anomalias gastrointestinais como fistula tranqueoesofágica. (NETTINA, 2011).

A gestante com este diagnóstico, apresentará ganho de peso excessivo, dispneia, abdômen tenso e brilhoso, edemas membros inferiores e vulva, além do tamanho uterino aumentado com relação a idade gestacional, acarretando dificuldade na palpação das partes fetais e na ausculta dos batimentos fetais. (NETTINA, 2011).

O diagnóstico é realizado através de ultrassonografias, que mostrará a quantidade de líquido entre o feto e a parede uterina ou placenta. Nesta hipótese, a gestante poderá apresentar, trabalho de parto prematuro, risco aumentado para

cesariana por trabalho de parto disfuncional, além de hemorragia no pós-parto por atonia uterina, devido a distensão macroscópica do útero. (NETTINA, 2011).

#### **4.5 Gravidez Prolongada**

Caracteriza por apresentar 42 semanas ou mais de gestação, contadas a partir do primeiro dia da última menstruação. Causada normalmente por erros no cálculo da idade gestacional. Quando verdadeira, a sua etiologia normalmente é desconhecida. Apresentando para tal, fatores de risco como: primiparidade ou gestação prolongada em gravidez anterior. Pode também está associada a deficiente de sulfatase placentária, insuficiência ou hipoplasia da suprarrenal fetal ou a anencefalia. (MONTENEGRO e FILHO, 2014).

A gravidez prolongada pode gerar grandes riscos ao feto, tais como: índice aumentado de mortalidade perinatal, macrossomia, insuficiência placentária, oligodrâmio, compressão do cordão umbilical e a síndrome de aspiração de mecônio. Para a gestante pode ocasionar em distócias, lesões perineais e aumento no índice de cesárias. (MONTENEGRO e FILHO, 2014).

Não havendo objeção por parte da gestante, entre 38 e 41 semanas, é indicado pelo Ministério da Saúde que seja realizado o descolamento das membranas amnióticas. Assim como a indução do parto a partir da 41ª semana, se concordância da gestante. Não havendo autorização da mesma, esta deverá ser avaliada duas vezes na semana para garantir o bem-estar fetal. (BRASIL, 2012).

### **5 PROCESSO DE LEGALIZAÇÃO DA ANTECIPAÇÃO TERAPEUTICA DO PARTO**

De acordo com o Código Penal Brasileiro, sob o Decreto – Lei nº 2.848 de 07.12.1940, alterado pela Lei nº 9.777 em 26.11.1998(+), nos artigos 124 a 126 o aborto é caracterizado como crime, com penas que variam de 1 a 10 anos de detenção ou reclusão. A exceção aplica-se apenas no artigo 128 (I e II), onde não será punido o aborto praticado por médico, desde que não haja outro meio de salvar a gestante ou em caso de gravidez por estupro. (GOMES, 2002).

Em 16 de junho de 2004, a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde, representados pelo advogado Luís Roberto Barroso, deu entrada no Supremo Tribunal Federal no pedido de Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54 (ADPF-54), solicitando nesta a descriminalização da antecipação terapêutica do

parto, descaracterizando assim como aborto esse procedimento em caso de gestação de anencéfalos. (BARROSO, 2004).

Durante quatro meses após o pedido da ADPF-54, a Suprema Corte derrubou a liminar que liberava a autorização da interrupção da gestação de anencéfalos, sendo alegado que se fazia necessário um julgamento prévio do instrumento jurídico da ação. Na época o Brasil se encontrava em quarto lugar no ranking com maior número de parto de anencéfalos, ficando atrás somente do Chile, México e Paraguai. (DINIZ e VÉLEZ, 2008).

Após esse período foram feitos muito pedidos de liminares individuais, para a autorização da realização do procedimento, onde, até abril de 2005 já haviam sido concedidos cerca de 3 mil autorizações para a antecipação terapêutica do parto, até ser concluído o julgamento da ADPF-54. (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2012).

Em 14 de abril de 2012, após o voto do ministro Marco Aurélio, foi definido que a antecipação terapêutica do parto não se caracterizava crime de aborto, a qual é prevista no Código Penal, dispensando assim a autorização prévia. Cabia então ao MS, assim como ao CFM, definir os termos pra tal diagnóstico. (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2012).

Nesse instante passa-se a definir que a antecipação terapêutica do parto de anencéfalos ou a manutenção desta gestação cabe à decisão tão somente da mulher, cabendo ao Estado oferecer apoio e todo aparato necessário para esta mulher, neste momento delicado da sua vida. (BRASIL, 2014).

Tornou-se então protocolo do programa de saúde da mulher, sendo exigindo deste, definições de critérios para o diagnóstico da malformação, assim como condições específicas de atenção a essa gestante. Sentiu-se a necessidade de diferenciar aborto e antecipação terapêutica do parto, sendo imprescindível a delimitação a partir de exames a serem realizados. Cabendo ao médico o diagnóstico, a mulher a decisão, e ao Estado o apoio. (BRASIL, 2014).

A partir de todo esse processo, o CFM publicou no Diário Oficial da União de 14.05.2012 a Resolução nº 1.989/2012 que “dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências”, considerando que compete ao CFM, definir critérios para o diagnóstico de anencefalia e que este é realizado por meio de exame ultrassonográfico, que é de exclusiva competência médica a execução e interpretação desse exame em seres humanos, bem como a emissão deste laudo. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

Sendo assim o CFM resolve que na ocorrência inequívoca de anencefalia o médico poderá, a pedido da gestante, independente da autorização do Estado, interromper a gestação. Para tal, deve ser apresentando exame ultrassonográfico realizado a partir da 12ª semana de gestação – duas fotografias identificadas e datadas e com laudo assinado por dois médicos, com capacitação para dá o diagnóstico. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

Frente a esse diagnóstico, deve ser garantido a gestante todo esclarecimento, garantindo a ela decidir livremente sobre a conduta que irá adotar, sem induzi-la, nem impondo sua autoridade. A gestante poderá manter a gravidez ou interrompe-la imediatamente, conforme a sua vontade. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

Cabe ao médico informar a gestante sobre as consequências, bem como os riscos decorrentes de cada opção. Optando ela pela manutenção da gestação, deve lhe ser assegurada assistência pré-natal adequada ao diagnóstico. Se desejar, deverá receber assistência multiprofissional nos locais que houver disponibilidade. “A antecipação terapêutica do parto pode ser realizada apenas em hospital que disponha de estrutura adequada ao tratamento de complicações eventuais, inerentes aos respectivos procedimentos”. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

Ao decidir pela antecipação terapêutica do parto, a gestante ou seu representante legal deverá preencher o consentimento, que será anexado a ata da realização do procedimento, assim como as duas fotografias e os laudos dos exames, que irão constar no prontuário da paciente. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

## **6 ASSISTÊNCIA À GESTANTE DE GRAVIDEZ ANENCÉFALA**

Ao lidar com qualquer paciente, para a enfermagem, não cabe objeção de consciência. Nos casos de da antecipação terapêutica do parto por anencefalia, ao realizar procedimentos preparatórios para essa paciente, antes ou depois do procedimento, o acolhimento deve ser humanitário, inicialmente e na fase de recuperação. (BRASIL, 2014).

O acolhimento é a principal ferramenta da enfermagem, o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento, assim como a aceitação das diferenças, é a

melhor forma de lidarmos com essa gestante que está passando por um momento difícil. Se não o mais difícil da sua vida. (BRASIL, 2014).

O diagnóstico de anencefalia, pode desencadear na mulher medos e fantasias, surgindo assim uma série de reações inesperadas, havendo necessidade de atenção especial, voltada a esta, frente a essa situação. Devemos exercer a nossa capacidade de escuta, pressupondo imparcialidade em relação a decisão que ela irá tomar. Bem como ser um profissional capaz de suportar a dor dos que se encontram nesse momento difícil. (BUNETE, NOMURA, et al., 2006).

No acolhimento, deve ser realizada uma reorientação, com informações técnicas para a mulher e seus familiares, afim de que venham a tomar uma decisão consciente e eficaz, não restando dúvida na decisão final, evitando assim, danos e transtornos psicológicos futuros. É fundamental um apoio psicológico. (BUNETE, NOMURA, et al., 2006).

De acordo com o MS:

São responsabilidades da equipe:

- Garantir a privacidade no atendimento e no sigilo das informações;
- Estar atento às preocupações das mulheres, aceitando as suas percepções e saberes, passando informações que atendam às suas necessidades e perguntas;
- Estabelecer uma comunicação efetiva, estando atento à comunicação não verbal (gestos, expressões faciais). Utilizar linguagem simples, aproximativa, inteligível e apropriada ao universo da usuária;
- Organizar e priorizar o acesso da mulher de acordo com as necessidades detectadas;
- Garantir acesso ao pré-natal de alto risco, caso e até quando a mulher/casal resolva manter a gravidez;
- Informar sobre os procedimentos de interrupção/antecipação terapêutica do parto e encaminhamentos necessários, de acordo com as condições clínicas da usuária e os resultados de exames;
- Orientar quanto à escolha contraceptiva após a interrupção da gestação ou à antecipação terapêutica do parto. (BRASIL, 2014).

A gestante ou o casal, nunca estarão prontos para receber esse diagnóstico. Esse é um momento difícil tanto para quem irá receber a notícia, tanto para o profissional a que foi destinado passar a notícia, que ao realizar o exame ultrassonográfico precisa informar sobre o seu achado. É importante que a mulher não se sinta pressionada a decidir pela manutenção ou interrupção da gestação. (SILVA, RODRIGUES e AMARAL, 2011).

Ao decidir por levar a gestação à diante, a gestante deverá ser acompanhada pelo serviço de pré-natal de preferência com serviço multidisciplinar até o parto e o puerpério. Deverá ser encaixada no pré-natal de alto risco, visto que poderá acarretar

diversas complicações. E a equipe deverá estar apta para agir de forma adequada e oportuna. (SILVA, RODRIGUES e AMARAL, 2011).

Em casos de optar pela interrupção ou antecipação terapêutica do parto, deve ser garantido o direito de sigilo, caso seja o desejo da mulher. Em todo caso, deve ser informada do seu direito a um acompanhante durante todo o período, desde a admissão até a sua alta. Muitas vezes a indução do parto pode ser demorada e a atenção multidisciplinar é indispensável. (BRASIL, 2014).

O método de eleição para interrupção medicamentosa entre a 13ª e 26ª semana de gestação é o misoprostol. É eficaz na modificação do colo uterino imaturo e na indução da contração uterina. Deve ser administrado preferencialmente via vaginal, e não necessitam de umedecimento com água ou soro fisiológico. Tendo 90% de eficácia no esvaziamento uterino, sem a necessidade de submeter-se a procedimento para esvaziamento, como a curetagem e a aspiração intrauterina. (BRASIL, 2014).

Em outros casos, pode ser indicado o uso de ocitocina para indução, ou até mesmo cesárias em caso de duas ou mais cesáreas anteriores ou miomectomia anterior, em gestações acima da 27ª semana. Em situações excepcionais, também poderá ser utilizado uma sonda vesical de Foley nº 16 a 24, introduzida de forma estéril no canal vaginal, até o orifício interno e enchendo o balão com água destilada. (BRASIL, 2014)

Diante dos problemas que podem vir a ser desencadeados nesse processo, pode-se traçar os diagnósticos de enfermagem e, a partir destes, medidas a serem adotadas pela equipe, em prol de uma assistência adequada e de qualidade para a gestante que vivencia este processo: Nutrição desequilibrada, menos do que as necessidades corporais, relacionada a fatores biológicos, caracterizada por relato de ingestão inadequada de alimentos, menor que a porção diária recomendada (00002); Risco de dignidade humana comprometida, relacionada à humilhação percebida, intromissão pelos médicos, percebida, invasão percebida de privacidade, participação inadequada na tomada de decisão, revelação de informações confidenciais, tratamento desumano percebido, uso de termos médicos não definidos (00174); Risco de solidão, relacionado à falta de energia emocional, isolamento social, privação afetiva (00054); Risco de baixa autoestima situacional, relacionado à perda (00153); Risco de paternidade ou maternidade prejudicada, relacionada às condições de deficiência; falta de conhecimento sobre a manutenção da saúde da criança,

depressão (00057); Risco de síndrome pós-trauma, relacionado a suporte social inadequado (00145); Medo, relacionado à separação do sistema de apoio em situação potencialmente estressante (p. ex., hospitalização, procedimentos hospitalares), caracterizado por relato de apreensão, relato de auto segurança diminuída, relato de estar assustado, relato de nervosismo, relato de pânico, relato de tensão aumentada, capacidade de resolução de problema diminuída (00148); Pesar complicado, relacionado a instabilidade emocional, morte de pessoa significativa, caracterizado por diminuição da sensação de bem-estar, relata estar abalado, relata que culpa a si mesmo, relata sensação de vazio, relata sentimento de raiva, relata sentir-se em choque, relato de ansiedade, sofrimento emocional persistente, e, sofrimento traumático (00135); Conflito de decisão, relacionado a ameaça percebida ao sistema de valores, deficiência do sistema de apoio, falta de experiência na tomada de decisão, falta de informação relevante, fontes de informações divergentes, fontes de informações múltiplas, interferência na tomada de decisão, princípios morais que apoiam cursos de ações incoerentes, valores pessoais obscuros (00083); Risco de infecção, relacionado a defesas primárias inadequadas, ruptura prematura de membranas amnióticas ruptura prolongada de membranas amnióticas, procedimentos invasivos (00004); e Risco de sangramento, relacionado a complicações pós-parto (p. ex., atonia uterina, placenta retida), complicações relativas à gravidez (p. ex., placenta prévia, gravidez molar, descolamento da placenta) (00206). (NANDA INTERNACIONAL, 2013).

Diante de tais diagnósticos, a equipe deverá está apta para agir e evitar danos posteriores a essa gestante, o qual poderia ser evitando, com apoio emocional, orientações adequadas, além de controle do bem-estar físico, para garantir uma minimização nos danos quanto a infecções e sangramentos.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Já é sabido que a anencefalia causa inúmeros danos ao embrião, pois a ausência das estruturas cerebrais inviabiliza todas as funções superiores do sistema nervoso central, sendo assim incompatível com a vida extrauterina. Além dos problemas embrionários, uma gestação anencéfala pode trazer riscos à gestante e tais danos, risco a vida da mesma.

Como se pode perceber, a anencefalia tornou-se um problema de saúde pública, e as decisões tomadas perante a uma gestação anencéfala não cabe mais a

um tribunal de justiça, onde era exposta a mulher e as suas necessidades, podendo acarretar grandes problemas psicológicos e traumas irreversíveis.

Por se tratar de um diagnóstico ainda pouco falado, mesmo após tanta repercussão no ano de 2012, as equipes de saúde necessitam passar por atualizações e treinamentos, constantemente, para que nessas situações saibam lidar não só com a gestante, mas também com seus familiares, pois estão em uma situação difícil no momento.

Diante disso, e sabendo-se que a saúde é um direito de todos, foi instituído Ministério da Saúde normas para que pudesse ser garantido a essas mulheres um modelo humanizado de assistência integral, favorecendo o acolhimento para as necessidades da saúde física, mental e social, além de atenção adequada e oferecimento de planejamento reprodutivo, integração com outros serviços de saúde e inclusão social.

Para os profissionais da saúde, além do cuidado com a vida dessas mulheres, é importante manter-se o compromisso ético, tendo todas as informações de forma a preservar a sua integridade. As mulheres que decidirem pela antecipação terapêutica do parto deve ser garantido condições adequadas para essa prática de forma segura e sempre com uma boa orientação, preservando assim a seu bem-estar físico e mental.

Os aspectos emocionais vivenciados por uma mulher que decide pela interrupção de uma gestação após o diagnóstico de uma malformação letal a vida do feto devem ser levados em consideração, pois uma depressão poderá acarretar em graves danos para o resto da vida. O acolhimento e amparo são fundamentais, pois as angustias vivenciadas, demonstram que o processo de reflexão é fundamental para uma decisão consciente, minimizando o sofrimento vivenciado.

Somente estará apto, a saber da dor da perda, passando-se por ela. Tão somente deve-se estar sensíveis ao compreender-se, em certos momentos, determinadas posturas, que a gestante poderá apresentar, sendo sempre cordiais e prontos para ajudar. Por se tratar de uma situação delicada e muitas vezes de decisão rápida a ser tomada, torna a sua vida um cenário tenso.

Enfim, após todas estas informações citadas, é importante refletir-se sobre todo o tema, colocando-se sempre no lugar do outro, ou seja, exercendo a empatia. Sendo assim, será sempre garantida uma assistência de qualidade independente do

posicionamento desta mulher com relação a esta gestação. Favorecendo assim a sua saúde física e psíquica, diante de grande estresse e abalo emocional.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 7ª. ed. São Paulo: Atlas, 2005, p. 90.

BARROSO, L. R. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54**. Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde. 2004, p. 24.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos: normas técnicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico**. 5ª. ed. Brasília: MS, 2012.

BUNETE, G. R. G. et al. Interrupção da gestação após o diagnóstico de malformação fetal letal: aspectos emocionais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** p. 10-17, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM Nº 1.989/2012**. Brasília, p. 308-309, 2012.

DINIZ, D.; VÉLEZ, A. C. G. **Aborto na Suprema Corte: O Caso da Anencefalia no Brasil**. Estudos Feministas, Florianópolis, p. 647-652, agosto; 2008.

GOMES, L. F. **Aborto anencefálico: não é crime (decide o STF)**. Jus.Brasil - Artigos, 2002, p. 1-5.

MONTENEGRO, C. A. B.; FILHO, J. D. R. **Rezende - Obstetrícia Fundamental**. 13ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N. **Embriologia Básica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 8ª edição, 2012.

NANDA INTERNACIONAL. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2012-2014**. Trad. GARCEZ, R. M. Porto Alegre: Artmed, 2013, 606 p.

NETTINA, S. M. **Prática de Enfermagem**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2011.

PRADANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2ª ed. Nova Hamburgo: Feevale, 2013, p. 276.

PRONIN, T. **Brasil é o quarto país com maior número de casos de anencefalia**. Sobrevida, UOL, São Paulo, abr; 2012, p. 1-3.

SANTOS, L. M. P.; PEREIRA, M. Z. Efeito da fortificação com ácido fólico na redução dos defeitos do tubo neural. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 17-24, jan; 2007.

SILVA, K. D. L. et al. Ações de enfermagem no cuidado ao recém-nascido com malformação congênita por meio da CIPE. In: MORAIS, C. R. V.; SOUZA, K. V. D.; DUARTE, E. D. **Programa de atualização em enfermagem - PROENF - Saúde Materna e Neonatal**. Ciclo. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, v. 4, 2013, p. 97-151.

SILVA, M. H. D.; RODRIGUES, M. F. S.; AMARAL, N. D. Aspectos médicos e psicológicos de grávidas portadoras de feto anencéfalo. **FEMINA**, v. 39, n. 10, p. 493-498, out; 2011.

SOUZA, F. D. S. Aborto de Feto Anencéfalo: Fato típico ou Atípico. **Revista da ESMESE**, p. 221-243, 2008.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Relator vota pela possibilidade da interrupção de gravidez de feto anencéfalo**. Notícias STF, Brasília, 2012.

TERRUEL, S. C. **Anencefalia Fetal: Causas, Consequências e Possibilidade de abortamento**. WEBARTIGOS, mar; 2008.

VIANA, D. L.; OLIVEIRA, A. R. S. D.; ANDRADE, C. D. J. M. Distúrbios Hipertensivos da Gravidez: Bases técnico-científicas para a prática assistencial. In: MORAIS, C. R. V.; SOUZA, K. V. D.; DUARTE, E. D. **Programa de Atualização em Enfermagem - PROENF - Saúde Materna e Neonatal**. Ciclo. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, v. 1, 2012. p. 9-42.

