

Associação da idade gestacional com a opção pela interrupção da gravidez de fetos com anomalias incompatíveis com a sobrevida neonatal

Association of gestational age with the option of pregnancy termination for fetal abnormalities incompatible with neonatal survival

Flavia Westphal¹, Suzete Maria Fustinoni¹, Vânia Lopes Pinto¹, Patrícia de Souza Melo¹, Anelise Riedel Abrahão¹

RESUMO

Objetivo: Identificar o perfil de mulheres atendidas em um serviço de Medicina Fetal, que receberam diagnóstico de anomalia fetal incompatível com a sobrevida neonatal na gestação atual, e verificar a associação da idade gestacional no diagnóstico com a opção pela interrupção da gravidez. **Métodos:** Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, realizado no ambulatório de Medicina Fetal de um hospital universitário da cidade de São Paulo (SP), com prontuários de mulheres com fetos portadores de anomalias incompatíveis com a sobrevida neonatal na gestação atual. A amostra constituiu-se de 94 prontuários. Para análise estatística dos dados, utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19. **Resultados:** A população foi de mulheres adultas jovens, com escolaridade compatível com o Ensino Médio completo/incompleto, empregadas, com renda familiar entre um e três salários mínimo, solteiras, que não faziam uso de tabaco, bebidas alcoólicas ou de drogas ilícitas. Verificou-se que mulheres com maior idade gestacional na ocasião do diagnóstico fetal ($p=0,0066$) e/ou na chegada ao serviço especializado ($p=0,0018$) apresentaram menor percentual de interrupção gestacional. **Conclusão:** Por apresentarem características diferentes daquelas classicamente consideradas de alto risco gestacional, é possível que essas mulheres não tenham sido facilmente identificadas durante a classificação de risco gestacional, o que pode ter colaborado para o diagnóstico tardio de patologias fetais. O diagnóstico precoce possibilita acesso à assistência multiprofissional especializada em tempo adequado para aconselhamento do casal sobre a possibilidade de solicitação de autorização judicial para a interrupção gestacional.

Descritores: Anormalidades congênitas; Viabilidade fetal; Aborto legal; Tomada de decisões

ABSTRACT

Objective: To identify the profile of women seen in a Fetal Medicine unit, diagnosed with fetal abnormality incompatible with neonatal survival in their current pregnancy, and to check the association of gestational age upon diagnosis with the option of pregnancy termination. **Methods:** This is a retrospective cohort study carried out in the Fetal Medicine Outpatients Clinic of a university hospital, in the city of São Paulo (SP), Brazil, using medical records of pregnant women with fetus presenting abnormalities incompatible with neonatal survival. The sample comprised 94 medical records. The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 19, was used for the data statistical analysis. **Results:** The population of the study included young adult women, who had complete or incomplete high school education, employed, with family income of one to three minimum wages, single, nonsmokers, who did not drink alcoholic beverages or used illicit drugs. Women with more advanced gestational age upon fetal diagnosis ($p=0.0066$) and/or upon admission to the specialized unit ($p=0.0018$) presented a lower percentage of termination of pregnancy. **Conclusion:** Due to characteristics different from those classically considered as of high gestational risk, these women might not be easily identified during the classification of gestational risk, what may contribute to a late diagnosis of fetal diseases. Early diagnosis enables access to specialized multiprofessional care in the proper time for couple's counseling on the possibility of requesting legal authorization for pregnancy termination.

Keywords: Congenital abnormalities; Fetal viability; Abortion, legal; Decision making

¹ Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Autor correspondente: Flavia Westphal – Rua Napoleão de Barros, 754, sala 312 – Vila Clementino – CEP: 04024-000 – São Paulo, SP, Brasil – Tel.: (11) 5576-4430 ramal:1654
E-mail: flavia_westphal@yahoo.com.br

Data de submissão: 24/4/2016 – Data de aceite: 29/5/2016

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.1590/S1679-45082016AO3721

INTRODUÇÃO

Anomalias congênitas (AC), defeitos congênitos, transtornos congênitos e malformações congênitas são termos sinônimos utilizados para descrever perturbações do desenvolvimento presentes ao nascimento. São consequências da falha de um ou de mais constituintes do corpo durante o desenvolvimento embrionário e podem ser estruturais, funcionais, metabólicas, comportamentais ou hereditárias.⁽¹⁾ Os defeitos podem se apresentar isolados ou associados, compondo síndromes.

A etiologia das AC pode estar relacionada a fatores genéticos, ambientais, multifatoriais ou ser desconhecida. Estima-se que 40 a 60% de todas as AC tenham uma causa desconhecida. Dentre as causas conhecidas, as multifatoriais, relacionadas a combinações entre influências genéticas e ambientais, são as mais comuns.^(1,2)

A incidência geral dos defeitos congênitos no Brasil encontra-se entre 2 e 5% dos nascidos vivos, não diferindo daquela encontrada em outras regiões do mundo.⁽³⁾

A mortalidade por AC afeta principalmente crianças no primeiro ano de vida. Com a redução de outras causas de mortalidade infantil, como diarreia e infecções respiratórias, o percentual de mortes por malformações tem se tornado proporcionalmente maior. No Brasil, as AC constituem a segunda causa de mortalidade infantil.⁽⁴⁾

As AC trazem grande impacto à família e despertam sentimentos de tristeza pela perda do filho idealizado, pavor diante do desconhecido, medo perante dificuldades a serem enfrentadas e um grande risco de desestruturação familiar.^(2,5)

O diagnóstico de uma anormalidade estrutural no feto permite o aconselhamento pré-natal e o planejamento de ações a serem desenvolvidas no período pós-natal.⁽⁶⁾

Para melhorar a abordagem diagnóstica das AC, houve, nas últimas décadas, uma revolução na área de diagnóstico por imagem em obstetrícia, propiciando a obtenção de imagens do feto em desenvolvimento, a avaliação de seu crescimento e comportamento, e o reconhecimento cada vez mais precoce das anomalias. Exemplos dessas tecnologias são a ultrassonografia bidimensional e tridimensional, a ecocardiografia, a dopplerfluxometria e a ressonância magnética, entre outras.⁽⁷⁾

Paralelamente à evolução biotecnológica da avaliação fetal, observou-se um grande avanço na área da genética, com o desenvolvimento da biologia molecular e o Projeto Genoma Humano, no qual muitas patologias, antes avaliadas somente quanto ao seu risco estatístico de ocorrência e/ou recorrência, passaram a ser diagnosticadas já na fase intrauterina.⁽⁸⁾

Com o diagnóstico fetal estabelecido, é possível, para alguns casos, propor alternativas de tratamento intraútero, possibilitando uma melhora no prognóstico. No entanto, para algumas anomalias fetais conhecidas como letais,

os pais devem ser informados em relação ao alto risco de óbito fetal intrauterino, morte neonatal ou infantil. Patologias fetais letais, também descritas como inviáveis ou incompatíveis com a sobrevivência neonatal, podem ser definidas como uma condição que invariavelmente leva à morte fetal intrauterina ou do recém-nascido no período neonatal, independentemente da tentativa de medidas de apoio ou tratamento.^(5,9)

Nessas circunstâncias, em muitas partes do mundo, diagnósticos dessa natureza são, muitas vezes, seguidos por decisões do casal pela interrupção da gravidez.^(5,6)

Em países ocidentais desenvolvidos, como os da Europa e da América do Norte, a interrupção de gestações em que o feto possui uma anomalia incompatível com a vida é permitida.^(10,11)

Já no Brasil, a legislação só permite a interrupção voluntária da gestação nos casos em que a mulher foi vítima de violência sexual, quando a gravidez põe em risco a vida da mesma⁽⁴⁾ e, mais recentemente, na ocorrência de diagnóstico inequívoco de anencefalia.⁽¹²⁾

Apesar do reconhecimento do judiciário do direito de decisão da mulher pela continuidade ou não de uma gestação de feto anencéfalo, esta não é a única patologia fetal incompatível com a sobrevivência neonatal, restando à preocupação quanto à evolução das demais gestações, para as quais a autorização judicial ainda é necessária.

Sabe-se que, diante de um diagnóstico de inviabilidade fetal, as pressões social e cultural podem interferir na tomada de decisão do casal. Dessa forma, uma atenção qualificada e o tempo para a tomada de decisão são fatores primordiais, para evitar transtornos psíquicos futuros.⁽¹³⁾ Além disso, os riscos maternos envolvidos na continuidade da gestação devem ser incorporados ao aconselhamento, auxiliando o processo de decisão sobre a interrupção ou não da gestação.⁽⁶⁾

OBJETIVO

Identificar o perfil das mulheres com feto portador de anomalia incompatível com a sobrevivência neonatal e verificar se a idade gestacional influenciou na decisão por solicitação da interrupção gestacional.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, realizado no ambulatório de Medicina Fetal da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). A coleta de dados iniciou-se após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, número de parecer 507.887, CAAE: 19093813.0.0000.5505, e a assinatura, pela coordenação, dos Termos de Autorização para Coleta de Dados no Ambulatório da Disciplina de Medicina Fetal da UNIFESP.

A população foi constituída por todos os prontuários de mulheres atendidas no Ambulatório da Disciplina de Medicina Fetal da UNIFESP, no período de 1º de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2013, que receberam diagnóstico de anomalia fetal incompatível com sobrevivência neonatal na gestação atual, em qualquer idade gestacional.

Os fetos foram identificados como inviáveis após avaliação de uma equipe de médicos especialistas em Medicina Fetal. A letalidade foi presumida na presença de uma anomalia ou de conjunto de anomalias que resultassem em uma provável morte intrauterina ou, se nascidos vivos, em incapacidade de sobreviver de forma independente sem medidas para suporte vital.

Nos casos estabelecidos como inviáveis, era possível a solicitação de uma autorização judicial que permitia a interrupção voluntária da gestação, quando o casal assim preferisse. Desde 10 de maio de 2012, a resolução 1.989 previa a interrupção legal da gravidez em casos de anencefalia.⁽¹²⁾

O critério de inclusão foi que a mulher tivesse acompanhado a evolução da gestação neste serviço até seu desfecho. Foram excluídas as mulheres que não foram matriculadas, não necessitaram de internação hospitalar ou que não realizaram a interrupção ou parto nesse serviço.

Da amostra inicial de 166 mulheres com fetos com AC letais atendidas no serviço, no período determinado para o estudo, foram excluídas 49 por ausência de registros relacionados à internação hospitalar para interrupção da gestação/parto; 14 por não disponibilização do prontuário pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) e 9 por não efetivação de matrícula no serviço. Assim, a amostra final constituiu-se de 94 prontuários de mulheres que receberam diagnóstico de anomalia fetal incompatível com a sobrevivência neonatal na gestação atual.

O programa utilizado para a análise dos dados foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19. Inicialmente, foi realizado um estudo descritivo das variáveis existentes na base de dados. As variáveis contínuas foram analisadas calculando-se média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo. Para as variáveis categóricas, calcularam-se frequência e percentual.

Para comparar as variáveis categóricas, por solicitação ou não de interrupção, utilizou-se o teste χ^2 e, quando necessário, utilizou-se a razão de verossimilhança.

Todas as análises foram planejadas e desenvolvidas levando em conta um nível de significância de 5% (valor de $p < 0,05$).

RESULTADOS

Os aspectos sociodemográficos estão apresentados na tabela 1, ressaltando as categorias de maior frequência.

Tabela 1. Distribuição das mulheres estudadas, segundo dados sociodemográficos e hábitos de vida

Características	Total (n=94)	
	n	(%)
Idade em anos de vida, média \pm desvio padrão	28,46	$\pm 7,15$
Cor da pele branca	49	(52,1)
Natural da Região Sudeste	60	(63,8)
Ensino Médio completo/incompleto	51	(54,3)
Religião católica	57	(60,6)
Empregada	56	(59,6)
Solteira	55	(58,5)
Vive com o companheiro	76	(80,9)
Renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos	48	(51,1)
Não uso de tabaco	82	(87,2)
Não uso de bebidas alcoólicas	67	(71,3)
Nunca usou drogas ilícitas	83	(88,3)

Dos registros analisados, 33% apresentavam a presença de uma ou mais doenças de base (n=31), sendo que as mais prevalentes foram anemia (22,6%) e hipertensão arterial sistêmica (19,4%).

Em 67% (n=63) dos prontuários, foram encontrados registros do uso de medicamentos pelas gestantes de forma isolada ou combinados, sendo as vitaminas (46%), seguidas dos analgésicos (23,8%), antibióticos (15,9%), anti-hipertensivos (7,9%) e antieméticos (1,6%) os mais prevalentes.

Com relação aos antecedentes obstétricos, os registros apontavam que as mulheres possuíam uma média de 2,31 gestações e a maioria delas não tinha planejado a gestação atual (73,4%), conforme observamos na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição das mulheres estudadas, segundo antecedentes obstétricos

Características	Total (n=94)	
	Média	\pm desvio padrão
Gestações	2,31	(1,38)
Paridade	0,88	(1,14)
Abortamentos	0,45	(0,68)
Filhos vivos	0,83	(1,14)
Gestação atual não planejada	69	(73,4)
Sem malformações fetais em gestações anteriores	89	(94,7)

A maioria das gestantes recebeu o diagnóstico fetal (79,8%) e/ou chegou ao serviço especializado (85,1%) somente no segundo trimestre gestacional (entre 14 semanas 1/7 a 28 semanas). Apenas 8,5% (n=8) das mulheres obtiveram o diagnóstico de anomalia fetal incompatível com a sobrevivência neonatal, durante o primeiro trimestre gestacional, conforme verificamos na tabela 3.

Tabela 3. Distribuição das mulheres estudadas, segundo características relacionadas ao diagnóstico fetal

Características	Total (n=94)	
	n	(%)
Patologia fetal		
Sistema nervoso central	36	(38,3)
Sistema geniturinário	20	(21,3)
Aberrações cromossômicas	18	(19,1)
Defeito no fechamento toracoabdominal	9	(9,6)
Múltiplas malformações	8	(8,5)
Sistema musculoesquelético	3	(3,2)
Idade gestacional no diagnóstico fetal		
Até 14 semanas	8	(8,5)
14 semanas 1/7 a 21 semanas	48	(51,1)
21 semanas 1/7 a 28 semanas	27	(28,7)
Acima de 28 semanas	11	(11,7)
Idade gestacional na chegada ao serviço		
Até 14 semanas	3	(3,2)
14 semanas 1/7 a 21 semanas	41	(43,6)
21 semanas 1/7 a 28 semanas	39	(41,5)
Acima 28 sem semanas	11	(11,7)

A maioria das mulheres não possuía consanguinidade com o parceiro (93,6%) e nem história familiar de AC (85,1%).

Dos prontuários estudados, a interrupção gestacional foi realizada em 41 (43,6%) casos e a manutenção se deu em 53 (56,4%).

Quanto maior a idade gestacional na ocasião do diagnóstico fetal ($p=0,0066$) e/ou na chegada ao serviço especializado ($p=0,0018$), menor foi o percentual de solicitação de interrupção, conforme podemos observar na tabela 4.

Tabela 4. Características relacionadas ao diagnóstico fetal das mulheres estudadas, segundo a opção por interrupção gestacional

Variáveis	Solicitou interrupção			Valor de p
	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)	
Idade gestacional no diagnóstico fetal				
Até 14 semanas	6 (75)	2 (25)	8 (100)	0,0066*
14 semanas 1/7 a 21 semanas	26 (54,2)	22 (45,8)	48 (100)	
21 semanas 1/7 a 28 semanas	7 (25,9)	20 (74,1)	27 (100)	
Acima 28 semanas	2 (18,2)	9 (81,8)	11 (100)	
Total	41 (43,6)	53 (56,4)	94 (100)	
Idade gestacional na chegada ao serviço				
Até 21 semanas	27 (61,4)	17 (38,6)	44 (100)	0,0018**
21 semanas 1/7 a 28 semanas	13 (33,3)	26 (66,7)	39 (100)	
Acima 28 semanas	1 (9,1)	10 (90,9)	11 (100)	
Total	41 (43,6)	53 (56,4)	94 (100)	

* razão de verossimilhança; ** Teste χ^2 .

DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou uma população de gestantes adultas jovens, com escolaridade compatível com o Ensino

Médio completo/incompleto, empregadas, com renda familiar entre um e três salários mínimo, solteiras, porém vivendo com o companheiro. Mais da metade delas era natural da Região Sudeste (63,8%), dado esperado, uma vez que o serviço estava situado na cidade de São Paulo.

A média de idade foi de 28,46 anos, ou seja, inferior àquela classicamente considerada como de risco para o desenvolvimento de fetos com anomalias. Estudo também realizado em São Paulo com gestantes de fetos com malformação letal encontrou resultados próximos, com média de idade de 25 anos entre as gestantes.⁽¹⁴⁾

A maioria da população estudada não fazia uso de tabaco (87,2%), bebidas alcoólicas (71,3%) ou de drogas ilícitas (88,3%). Estes dados, contrariando o esperado, revelam uma população com características diferentes das consideradas de alto risco gestacional e semelhantes às das gestantes em geral.⁽¹⁵⁾ Portanto, chama a atenção o fato de essas mulheres provavelmente terem iniciado seu atendimento pré-natal em serviço de baixo risco, e de não terem sido facilmente identificadas durante a classificação de risco gestacional, o que pode colaborar para o diagnóstico tardio da patologia fetal.

Neste estudo, o uso do álcool era realizado por uma minoria das gestantes, mas foi destacado por seu potencial teratogênico. A ingestão de álcool durante a gestação vem sendo apontada há várias décadas como responsável pela ocorrência de anomalias fetais, e o consenso atual é de que não existe um limite seguro de ingestão durante a gravidez.⁽¹⁶⁾

O álcool é um teratôgeno conhecido, que representa um risco grave para o desenvolvimento do sistema nervoso central do conceito. Seu consumo crônico, em doses elevadas, está associado à síndrome alcoólica fetal, porém o uso intermediário também leva a efeitos que incluem alterações neurocomportamentais permanentes.⁽¹⁷⁾

Dos prontuários analisados, apesar da população ser de gestantes adultas jovens, 33% delas apresentavam doenças de base, sendo a anemia e a hipertensão arterial sistêmica as mais frequentemente registradas. Houve também o registro do uso de medicamentos por 67% ($n=63$) das gestantes. A anemia materna está associada a aumento nos índices de mortalidade materno-fetal e doenças infecciosas, além de um maior risco de prematuridade e baixo peso ao nascer. Além disso, uma de suas causas pode ser a deficiência de folato que, na gestação, está relacionada ao aumento do risco de defeitos de fechamento do tubo neural.⁽¹⁸⁾

Quanto à hipertensão arterial na gestação, na vigência de tratamento medicamentoso, deve ser considerada a adequação das drogas previamente utilizadas, visto que alguns anti-hipertensivos, como os inibidores da enzima conversora da angiotensina e os bloqueadores dos receptores da angiotensina, são contraindicados em virtude de seus potenciais teratogênicos.^(15,17)

O potencial teratogênico da exposição de gestantes a determinadas medicações já é conhecido e vem sendo amplamente estudado. Em 1982, o *Food and Drug Administration* (FDA) estabeleceu cinco categorias (A, B, C, D e X) para indicar o potencial teratogênico de um medicamento.⁽¹⁹⁾

No presente estudo, o medicamento de uso mais prevalente foi as vitaminas. Apesar de ser considerado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)⁽²⁰⁾ um medicamento específico, as vitaminas estão classificadas como categoria A, de acordo com o risco de teratogenicidade proposto pelo FDA, ou seja, não apresentam potencial teratogênico. No entanto, excluindo-se o uso de vitaminas, encontramos a exposição a medicamentos de outras classes terapêuticas por 53,2% (n=50) das gestantes.

Em estudo realizado na cidade de Maringá (PR), com prontuários de fetos malformados, foi observada a exposição a medicamentos durante a gestação em 63,2% dos registros. Destes, 51,5% foram medicamentos classificados entre as categorias B, C e D propostas pelo FDA, e 12,1% da categoria X, considerada de alto risco teratogênico. Tal estudo concluiu que a ocorrência de AC pode estar relacionada ao uso substâncias durante a gestação, dado o elevado percentual de uso de medicamentos com alto risco teratogênico.⁽²¹⁾

O Ministério da Saúde, diante da problemática do consumo de álcool, fumo e medicamentos pelas mulheres, instituiu, no manual de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, publicado em 2012, algumas ações específicas a serem realizadas na atenção pré-concepcional. Porém pouquíssimas mulheres buscam esse atendimento, uma vez que a maioria das gestações é não planejada.⁽¹⁵⁾

O planejamento gestacional, ou sua falta, constitui dado significativo de análise, uma vez que, quando a gestação não é planejada, a mulher pode entrar em contato com agentes teratogênicos sem se preocupar, pois não está considerando a possibilidade de gestação.

No presente estudo, observou-se que a maior parte (73,4%) das mulheres não tinha planejado a gestação atual, fato confirmado em outras pesquisas, que evidenciaram que a maioria da população que procura os serviços de pré-natal da rede pública de assistência não planeja a gestação.⁽²²⁾

Além disso, em virtude do não planejamento gestacional, poucas mulheres têm a oportunidade de receber uma avaliação pré-concepcional para a investigação de problemas de saúde atuais e prévios, que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação, bem como a possibilidade de uma adequação medicamentosa com drogas de menor potencial teratogênico e de um maior controle clínico de doenças crônicas já conhecidas, o que propicia, na ocasião da gestação, melhores resultados maternos e perinatais.⁽¹⁵⁾

Em relação à idade gestacional de chegada ao serviço, constava, nos prontuários estudados, que a maioria das gestantes foi admitida no segundo trimestre gestacional, sendo 43,6% com idade gestacional de 14 semanas 1/7 a 21 semanas e 41,5% com idade gestacional de 21 semanas 1/7 a 28 semanas. Foi, também nessa época, mais frequentemente realizado o diagnóstico pré-natal de AC fetal incompatível com a sobrevivência neonatal. Observamos que apenas uma pequena parcela das gestantes obteve o diagnóstico de anomalia fetal incompatível com a sobrevivência neonatal durante o primeiro trimestre gestacional, e a porcentagem das que chegavam ao serviço de referência nesse período foi ainda menor (3,2%). Esse cenário é semelhante aos encontrados em trabalho realizado no mesmo serviço, com dados de mulheres que foram atendidas entre os anos 2000 a 2006, em que foi verificado que o diagnóstico de anomalia fetal incompatível com a sobrevivência neonatal ocorreu até a 13ª semana em apenas 17% das gestações.⁽⁹⁾

Embora o Ministério da Saúde recomende a realização de apenas uma ultrassonografia obstétrica durante o acompanhamento da gestação, e não a considere um exame obrigatório para gestantes de baixo risco gestacional,⁽¹⁵⁾ sabe-se que esse exame é uma ferramenta fundamental no diagnóstico de anomalias do desenvolvimento por meio da triagem morfológica fetal, placental e do líquido amniótico.⁽²³⁾

Trabalho desenvolvido com gestantes atendidas na rede de Atenção Primária de Goiânia (GO) mostrou que apenas 41,8% delas realizaram uma ultrassonografia obstétrica por trimestre gestacional.⁽²⁴⁾ Já estudo nacional de base hospitalar, composto por puérperas e recém-nascidos, mostrou que, embora a maior parte das gestantes (98,2%) tenha referido a realização de exame de ultrassonografia durante o pré-natal, seu registro estava disponível apenas em parte dos cartões de pré-natal analisados (62,8%). Dos registros disponíveis, foi observado que apenas um quarto das ultrassonografias foi realizado antes da 14ª semana gestacional, quando tal exame apresenta maior assertividade no cálculo da idade gestacional, fundamental para o monitoramento da evolução da gestação e para eventuais decisões relacionadas à sua interrupção.⁽²⁵⁾

Os resultados apontaram que, quanto maior a idade gestacional no diagnóstico (p=0,0066) e a idade gestacional na chegada ao serviço (p=0,0018), menor foi o percentual de solicitação de interrupção gestacional.

Assim, observamos que as gestantes encontram dificuldade de acesso ao diagnóstico de anomalia fetal, bem como para encaminhamento ao serviço de referência, fazendo com que parte delas só recebesse atendimento especializado e tivesse o diagnóstico definitivo de malformação fetal tardiamente.

Na literatura, estudo que verificou fatores que influenciaram nas decisões sobre a manutenção de gravidez após o diagnóstico de uma condição perinatal letal descreveu que a idade gestacional no momento do diagnóstico não influenciou na tomada de decisão.⁽²⁶⁾ Todavia, estudo com fetos com doença cardíaca verificou que a idade gestacional na ocasião do diagnóstico da patologia, foi um fator importante na decisão do casal, pela interrupção gestacional (<0,001).⁽²⁷⁾

A vinculação materno-fetal aumenta com o tempo gestacional, em particular depois das primeiras experiências de movimento fetal.⁽²⁸⁾ Isso nos leva a inferir que quanto mais avançada a gestação, maior é o envolvimento da gestante com o feto, e mais difícil se torna a decisão por interromper a gestação.

CONCLUSÃO

A população estudada apresentou características diferentes daquelas consideradas como de alto risco gestacional, chamando a atenção para a possibilidade dessas mulheres não serem facilmente identificadas durante a classificação de risco gestacional, o que pode colaborar para o diagnóstico tardio de patologias fetais. Portanto, deve-se garantir a todas as mulheres, independentemente dos fatores de risco, a realização de uma ultrassonografia morfológica de primeiro trimestre, preferencialmente entre a 11^a e a 13^a semana da gestação.

Quanto maior a idade gestacional no diagnóstico e na chegada ao serviço, menor foi o percentual de solicitação de interrupção gestacional.

O diagnóstico precoce da patologia fetal possibilita acesso à assistência multiprofissional especializada em tempo adequado para aconselhamento do casal sobre a possibilidade de solicitação de autorização judicial para a interrupção gestacional.

REFERÊNCIAS

- Sadler TW. Langman embriologia médica. 12a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
- Calone A, Madi JM, Araújo BF, Zatti H, Madi SR, Lorencetti J, et al. Malformações congênitas: aspectos maternos e perinatais. Rev AMRIGS. 2009; 53(3):226-30.
- Nhoncane GC, Melo DG. [Reliability of birth certificates as a source of information on congenital defects in the City of São Carlos, São Paulo, Brazil]. Cienc Saude Colet. 2012;17(4):955-63. Portuguese.
- Victora CG, Aquino EM, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarzwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Lancet. 2011;377(9780):1863-76.
- Wilkinson DJ, Thiele P, Watkins A, De Crespigny L. Fatally flawed? A review and ethical analysis of lethal congenital malformations. BJOG. 2012;119(11):1302-8. Review.
- Breeze AC, Lees CC. Antenatal diagnosis and management of life-limiting conditions. Semin Fetal Neonat Med. 2013;18(2):68-75. Review.
- Araujo Júnior E, Nardozza LM, Moron AF. Ultrassonografia 3D em obstetria. Barueri: Manole; 2011. [Série Educação Continuada em Obstetria].
- Walters L. Genetics and bioethics: how our thinking has changed since 1969. Theor Med Bioeth. 2012;33(1):83-95.
- Sala DC, Abrahão AR. Complicações obstétricas em gestações com feto portador de anomalia incompatível com a sobrevivência neonatal. Acta Paul Enferm. 2010; 23(5):614-8.
- Nash E, Gold RB, Rowan A, Rathbun G, Vierboom Y. Laws affecting reproductive health and rights: 2013 state policy review [Internet]. New York: Guttmacher Institute; 2013 [cited 2015 Ago 22]. Available from: <http://www.guttmacher.org/statecenter/updates/2013/statetrends42013.html>
- Domergues M, Mandelbrot L, Mahieu-Caputo D, Boudjema N, Durand-Zaleski I; ICI Group-Club de médecine foetale. Termination of pregnancy following prenatal diagnosis in France: how severe are the foetal anomalies? Prenat Diagn. 2010;30(6):531-9.
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.989/2012. Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2012 Maio 14; Seção I, p. 308-9 [citado 2016 Maio 23]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1989_2012.pdf
- Abrahão AR. Gestação de fetos anencefalos: fatores de risco, diagnóstico situacional e impacto da assistência interdisciplinar [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2000.
- Benute GR, Nomura RM, Lucia MC, Zugaib M. Interrupção da gestação após o diagnóstico de malformação fetal letal: aspectos emocionais. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006;28(1):10-7.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. [Série A. Normas e Manuais Técnicos]. [Cadernos de Atenção Básica, nº 32].
- Zanoti-Jeronymo DV, Nicolau JF, Botti ML, Soares LG. Repercussões do consumo de álcool na gestação - estudo dos efeitos no feto. Braz J Surg Clin Res. 2014;6(3):40-6.
- Schüler-Faccini L, Sansaverino MT, Abeche AM, Vianna FS, Silva AA. Manual de teratogênese em humanos. Rio de Janeiro: FEBRASGO; 2011.
- US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking-50 years of progress: a report of the surgeon general [Internet]. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014 [cited 2016 May 23]. Available from: <http://ash.org/wp-content/uploads/2014/01/full-report.pdf>
- Pregnancy categories prescription drugs. FDA Drug Bull. 1982;12(3):24-5.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Perguntas frequentes/Medicamentos. Medicamentos específicos [Internet]. Brasília (DF): ANVISA; 2005-2009 [citado 2015 Ago 22]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/perguntas+frequentes/medicamentos/3c08f70040507035a91ca989c90d54b4> <http://portal.anvisa.gov.br/web/ggmed/medicamentos-especificos1>
- Ramos WL, Benevento CE, Malgarin J, Stefanello TF, Ramos ER. Análise do uso de medicamentos durante a gestação em mães de pacientes portadores de malformações fetais. Rev Saúde e Pesquisa. 2008;1(1):59-64.
- Borges AL, Cavallieri FB, Hoga LA, Fujimori E, Barbosa LR. Pregnancy planning: prevalence and associated aspects. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(Spec 2):1679-84.
- Conner SN, Longman RE, Cahill AG. The role of ultrasound in the diagnosis of fetal genetic syndromes. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014;28(3):417-28. Review.
- Devers PL, Cronister A, Ormond KE, Facio F, Brasington CK, Flodman P. Noninvasive prenatal testing/noninvasive prenatal diagnosis: the position of the National Society of Genetic Counselors. J Genet Couns. 2013;22(3):291-5.
- Lo JO, Cori DF, Norton ME, Caughey AB. Noninvasive prenatal testing. Obstet Gynecol Surv. 2014;69(2):89-99.
- Hassed SJ, Miller CH, Pope SK, Murphy P, Quirk JG Jr, Cunniff C. Perinatal lethal conditions: the effect of diagnosis on decision making. Obstet Gynecol. 1993;82(1):37-42.
- Chenni N, Lacroze V, Pouet C, Fraise A, Kreitmann B, Gamarre M, et al. Fetal heart disease and interruption of pregnancy: factors influencing the parental decision-making process. Prenat Diagn. 2012;32(2):168-72.
- Gomez R, Leal I. Vinculação parental durante a gravidez: versão portuguesa da forma materna e paterna da Antenatal Emotional Attachment Scale. Psicol Saude Doenças. 2007;8(2):153-65.