

Enfoque médico y legal de la liberación de la anticipación terapéutica del parto en la anencefalia: implicaciones éticas

Samuel Servinhani Fernandes¹, Bruna Fonseca Silva², Landri Carvalho Neto³, Fernando Batigália⁴

Resumen

La anencefalia es una anomalía congénita en la que el tubo neural se cierra incorrectamente, poniendo en peligro la formación de la bóveda craneal y de gran parte del cerebro. Por lo tanto, en la anencefalia se considera la posibilidad de inviabilidad fetal. Se sabe que en los casos de inviabilidad de la vida fetal extrauterina o riesgo a la salud materna, es legítimamente posible interrumpir el embarazo. Este artículo discute las implicaciones éticas relativas a la liberación de la anticipación terapéutica del parto en casos de anencefalia, tales como la influencia médica sobre la toma de decisiones del paciente; la falta de aplicación de los métodos de prevención de esta anomalía; las diferencias legales entre aborto y anticipación terapéutica del parto en anencefalia, esto como una novedad en el sistema jurídico brasileño, ya que el Código Penal penaliza el aborto salvo en caso de amenaza de la vida de la embarazada o gestación resultante de estupro.

Palabras clave: Aborto. Anencefalia. Ácido fólico. Bioética. Legislación.

Resumo

Liberação médico-jurídica da antecipação terapêutica do parto em anencefalia: implicações éticas

Anencefalia é anomalia congênita na qual o tubo neural fecha-se incorretamente, comprometendo a formação da abóbada craniana e de grande parte do encéfalo. Por isso considera-se, em anencefalia, a hipótese de inviabilidade fetal. Em casos de vida fetal extrauterina inviável ou saúde materna em risco, há possibilidade de recorrer-se à antecipação terapêutica do parto. Este artigo aborda as implicações éticas acerca da liberação desse procedimento diante do quadro clínico ora debatido. Entre essas implicações estão: influência do médico na tomada de decisão da paciente; falhas na implementação dos métodos de prevenção dessa anomalia; diferenças legais entre abortamento e antecipação terapêutica do parto em anencefalia.

Palavras-chave: Aborto. Anencefalia. Ácido fólico. Bioética. Legislação.

Abstract

Medical and legal authorization to therapeutically induce childbirth in anencephaly cases: ethical implications

Anencephaly is a congenital anomaly in which the neural tube closes improperly, affecting the formation of the cranial vault and much of the brain. Therefore, in anencephaly, it is considered the hypothesis of fetal unfeasibility. In cases of unfeasible extra-uterine fetal life or maternal health risk, it is possible to resort to the therapeutic induction of childbirth. This article discusses the ethical implications concerning the authorization of therapeutic induction of childbirth in case of anencephaly, such as: the physician's influence on the patient's decision making; failure to implement the methods of preventing this anomaly; legal differences between abortion and therapeutic induction of childbirth. The latter is a novelty within the legal field in Brazil, since the Penal Code criminalizes abortion, except in cases of life-threatening pregnancy or pregnancy resulting from rape.

Keywords: Abortion. Anencephaly. Folic acid. Bioethics. Legislation.

1. **Graduando** samuel.manancial@yahoo.com.br – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp), São José do Rio Preto/SP 2. **Graduanda** bruninha_fsilva@hotmail.com – Famerp, São José do Rio Preto/SP 3. **Graduando** landricneto@gmail.com – Centro Universitário de Rio Preto (Unirp), São José do Rio Preto/SP 4. **Doutor** batigalia@famerp.br – Famerp, São José do Rio Preto/SP, Brasil.

Correspondência

Samuel Servinhani Fernandes – Rua Gumercindo de Oliveira Barros, 531, São Francisco CEP 15086-240. São José do Rio Preto/SP, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Entre la Medicina y el Derecho existe una ligazón natural, dado que ambas áreas del conocimiento comparten la función de velar por la vida del ser humano. La primera, en las dimensiones psíquicas y fisiológicas, y la segunda en las dimensiones sociales y humanas. Para hablar de temas polémicos, como el aborto, la anticipación terapéutica del parto y la anencefalia, es necesario entrecruzar conocimientos específicos y genéricos del campo médico y jurídico en el intento de arribar a la posición más conciente y benéfica¹.

Se torna necesario delimitar las diferencias entre aborto y anticipación terapéutica del parto. Aborto, vocablo que viene del latín – *ab* significa privación y *ortus*, nacimiento² –, se caracteriza por la interrupción de la gestación hasta la vigésima semana, con expulsión o no del feto dotado de vida potencial y, por lo tanto, producto fisiológico, del que resulta su muerte. La anticipación terapéutica del parto, término propuesto por la antropóloga Débora Diniz³, se configura como la interrupción de la gestación cuando hay un desarrollo patológico del feto, lo que resulta en la inviabilidad de la vida extrauterina.

La anencefalia es una hipótesis de desarrollo patológico inviable que ha ganado importancia en el ámbito médico-jurídico en la actualidad – del griego *an* (sin), *en* (dentro), *kefaalé* (cabeza)⁴. Esta patología es una anomalía congénita letal resultante de la ausencia de fusión del tubo neural posterior durante la cuarta semana de gestación. En consecuencia, se compromete la formación de la bóveda craneana, los hemisferios cerebrales y cerebelares, aunque el tronco encefálico rudimentario y las islas cerebrales estén presentes en los niños vivos^{5,6}.

La práctica abortiva se remonta a los inicios de la historia de la humanidad. Hay relatos de su realización en sociedades orientales cerca de 2.500 años antes de Cristo. Con el nacimiento de la doctrina cristiana, se abrió un campo de cuestiones éticas y morales en relación al tema. La Iglesia Católica sólo tomó un posicionamiento oficial contrario al aborto en el año 1869, cuando el entonces Papa Pío IX declaró como asesinato todo tipo de aborto⁷. Actualmente, la ley se posiciona en consonancia con esta vertiente y criminaliza la práctica abortiva. En el Código Penal brasileño, que data de 1940, consta que el aborto es un crimen, excepto si es necesario para salvar la vida de la gestante o cuando la gestación fuera producto de una práctica de violación⁸.

Desde 2012, existe una jurisprudencia, promulgada por el Supremo Tribunal Federal (STF), la más alta corte del sistema jurídico brasileño, que autoriza la interrupción de la gestación en los casos de comprobación inequívoca de anencefalia en el feto⁹. El Consejo Federal de Medicina (CFM) defiende la

autonomía de la gestante en la toma de decisión en cuanto a mantener o interrumpir el embarazo en caso de anencefalia, y exige la imparcialidad del médico para no inducir a la gestante alguna decisión¹⁰. No obstante, los estudios revelan que los médicos enfrentan dificultades para mantener la neutralidad en el asesoramiento de las gestantes¹¹.

En el intento de identificar cómo otros gobiernos han legislado la anticipación terapéutica del parto y el aborto, se observa que en los países europeos estas prácticas son tratadas de forma bastante liberal, autorizando el aborto en diversas situaciones – en casos de violación; malformación fetal; a pedido de la mujer; cuando hay riesgo de vida o para la salud física y mental de la gestante; o por motivos socioeconómicos. En este aspecto, se destacan Holanda, Bélgica, Alemania, Suecia, el Reino Unido y Dinamarca¹².

Hasta diciembre de 2013, España también permitía el aborto sin restricciones hasta la décimo cuarta semana de gestación, pero desde entonces cambió radicalmente su posicionamiento, criminalizando el aborto con excepción de casos excepcionales semejantes a la legislación brasileña. En América del Sur, Chile penaliza la práctica del aborto sin excepción legal; Paraguay y Perú permiten la práctica sólo para salvar la vida de la gestante; en Argentina, además de ese factor, también está permitido cuando la madre es “idiota o demente”; en Venezuela, para proteger la honra de la mujer o del hombre¹³.

La anencefalia muestra una gran importancia actualmente, debido a su considerable prevalencia nacional. En Brasil, es de aproximadamente 18 casos cada 10.000 nacidos vivos, lo que representa una tasa hasta 50 veces mayor que la observada en países como Francia, Bélgica, Austria y Estados Unidos¹⁴. La ocurrencia de la anencefalia se muestra superior en fetos de sexo femenino⁶ y generados en mujeres con más de 35 años de edad, aunque los estudios señalen que no hay relación entre la edad materna y la ocurrencia de anencefalia¹⁵. Además de eso, el riesgo de incidencia aumenta un 5% a cada embarazo subsecuente¹⁶. Múltiples factores genéticos, nutricionales y ambientales están involucrados en el desencadenamiento de esta condición patológica, como la baja ingesta de ácido fólico, el uso de teratógenos y drogas lícitas y exposición a radiación y al virus durante los primeros meses de gestación¹⁴.

Dado que la anencefalia es una malformación fetal de elevada prevalencia; que los países divergen en la aplicación de la legislación, permitiendo o penalizando; que existen recursos para una prevención considerable de esta anomalía; que los organismos médicos brasileños encaran la anticipación

terapéutica del parto como una de las decisiones posibles de la gestante; se constata la prematura apertura de un precedente para la interrupción de una vida, considerándose aún que la tutela y la valoración de la vida son parte de la primacía del Estado y, por lo tanto, todos son factores que orientan hacia un mayor estudio del tema. Este trabajo tiene como objetivo realizar un abordaje médico-jurídico sobre la liberación de la anticipación terapéutica del parto en la anencefalia y sus implicaciones éticas.

Material y método

Para el relevamiento bibliográfico, fueron seleccionadas las siguientes palabras clave: "anticipación terapéutica del parto", "aborto", "anencefalia", "ácido-fólico", "bioética", "derechos fundamentales" y "legislación&jurisprudencia", rastreadas en los sitios SciELO, PubMed, Google Académico y Lilacs. También se utilizaron diccionarios, libros y revistas médicas y jurídicas, la Constitución, el Código Penal y legislación no ordinaria. Hubo un 90% de retorno con las palabras clave seleccionadas, seguido de un aprovechamiento del 76% de las referencias obtenidas. La investigación tuvo un carácter bibliográfico, para una discusión cualitativa.

Abordaje médico

Posibilidades de prevención de la anencefalia

La etiología de los defectos de formación del tubo neural (DFTN) no está totalmente elucida, debido a la limitación presentada por los estudios con fetos. Sin embargo, se sabe que existe una relación entre estas anomalías, en especial la anencefalia, y la exposición a los teratógenos, la diabetes pregestacional, la obesidad materna y la hipertermia materna. En menor proporción, se destaca la contaminación alimentaria con fumonisina, el campo magnético y los pesticidas¹⁷. Los defectos genéticos también están asociados a la anencefalia, principalmente aquellos relacionados con el metabolismo del ácido fólico, como el gen de la enzima 5,10 metileno-tetra-hidrofolato-reductase¹⁸.

No obstante, el principal factor señalado por diversos estudios como el causante de la anencefalia es la baja ingesta de ácido fólico, compuesto fundamental en la biosíntesis de ADN y ARN, antes y durante la gestación¹⁹. En Estados Unidos, luego de la implementación de medidas gubernamentales para fortificar alimentos con ácido fólico, se observó una reducción en torno al 19% en la presencia de defectos del tubo neural. En la

Isla de Newfoundland, Canadá, se constató una disminución del 78% en la prevalencia de DFTN²⁰.

En Brasil, se establecieron acciones gubernamentales para reducir la deficiencia de ácido fólico en mujeres y otras morbilidades, como la anemia. En el año 2002, se instituyó por la Dirección Colegiada de la Anvisa la Resolución RDC 344 y, en 2009, el Decreto 1.793 del Ministerio de Salud^{21,22}. En la primera, se determinó un agregado obligatorio de 4,2 mg de hierro y de 150 µg de ácido fólico en las harinas de trigo y maíz²¹. En la segunda, se estableció la Comisión Internacional para la Implementación, el Acompañamiento y el Monitoreo de las Acciones de Fortificación de las Harinas de trigo, de Maíz y de sus Subproductos²².

Aunque los estudios señalen un aumento considerable de los niveles séricos de ácido fólico en la población, otras investigaciones revelan fallas en la ejecución de estas medidas gubernamentales e, incluso, la ausencia de una reducción significativa de la anencefalia. Una investigación realizada en Campinas/SP²³ evaluó tres marcas de harina en cinco lotes y constató una inestabilidad en las concentraciones de ácido fólico en las muestras, cuya mayor parte presentó una concentración menor a lo determinado por la resolución. Otro estudio²⁴ realizado entre 2000 y 2006, por lo tanto antes y después de la fortificación alimentaria con ácido fólico y hierro, no señaló diferencias significativas en la prevalencia de anencefalia.

El mal desempeño de las políticas de fortificación alimentaria en Brasil y en América Latina, según la Organización Panamericana de la Salud, se debe a la falta de una interacción coherente de diversos factores necesarios: normas claras y específicas para la fortificación; una adecuada metodología oficial para la dosificación de micronutrientes; evidencia científica actual sobre la prevalencia de las deficiencias nutricionales y las anomalías; una inspección y un monitoreo regular en el sector público y del grado de impacto de las políticas adoptadas; y, principalmente, marketing social²⁵. Además de las fallas en la planificación y la ejecución, sólo la fortificación de harinas de maíz y trigo no es suficiente para aumentar la ingesta de ácido fólico, ya que la disponibilidad promedio diaria domiciliar es de 106,1 g²⁶. Esta cantidad permite apenas un ofrecimiento de ácido fólico de 0,16 mg/día. Además de eso, hay que considerar la variación promedio de acceso por domicilio a productos derivados de la harina en diferentes regiones de Brasil. En el Norte y en el Centro-Oeste, por ejemplo, el consumo es de 70 g/día y el ofrecimiento de ácido fólico es menor a 0,1 mg; en el Sur, la adquisición de harina y sus derivados es de 144 g/día, lo que contribuye aproximadamente con 0,217 mg de ácido fólico²⁷.

Las evidencias en la literatura señalan una mayor reducción de la incidencia de los defectos del tubo neural por medio de la suplementación periconcepcional con ácido fólico, entre uno y tres meses antes de la concepción hasta la finalización de la gestación, en relación a la fortificación alimentaria¹⁸. Los estudios muestran que las dosificaciones diarias de suplementos superiores a 5 mg de ácido fólico reducen entre el 75% y el 91% la presencia de dichas anomalías, dependiendo de la concentración sérica básica de ácido fólico y de la edad de las mujeres.

No obstante, a pesar de la conocida importancia del suplemento de ácido fólico, éste no ha sido efectivo en la población brasilera. Un estudio realizado en Pelotas/RS demostró que el 31,8% de las mujeres entrevistadas utilizaron esta vitamina en algún momento de la gestación y sólo el 4,3% la usaron de forma periconcepcional. Por otra parte, las mujeres que usaron conscientemente ácido fólico en el embarazo, un 57,5% lo hicieron por prescripción médica y un 42,5% por sugerencia de amigos, parientes, otros profesionales de salud y por medios de comunicación¹⁹.

Influencia del médico en la anticipación terapéutica del parto en la anencefalia

La Federación Brasileira de las Asociaciones de Ginecología y Obstetricia (Febrasgo) se posicionó, en 2004, a favor de la *libre decisión de los médicos y los pacientes por la anticipación terapéutica del parto en caso de anencefalia*¹⁶, lo que denota el apoyo a la exclusión de la necesidad de autorización judicial para tal procedimiento. La autorización judicial, no obstante, fue exigida hasta el 12 de abril de 2012, fecha de la conclusión del juicio de la Denuncia por Incumplimiento del Precepto Fundamental 54 por el STF, y a partir de ahí el aborto dejó de ser considerado un crimen, en los términos del código penal brasilero, en los casos de anencefalia¹⁰. Las directrices de la Febrasgo sugieren que el médico obstetra presente a la gestante la posibilidad de la anticipación terapéutica del parto como forma de asegurar los derechos reproductivos de la mujer, basados en la autonomía y en la libertad de elección y el derecho a la salud y a la dignidad de la persona humana, por el acceso a un tratamiento médico adecuado para la realización del parto inducido¹⁶.

Otro estudio¹¹ evaluó el abordaje médico frente a las anomalías graves en Estados Unidos. Concluyó que sería necesaria una evaluación objetiva de las estrategias utilizadas por los obstetras para el manejo del embarazo en los casos de anomalía letal, como la anencefalia, considerándose la

inexistencia de patrones de cuidado bien definidos para esta condición. A pesar de que existen estudios basados en la opinión de especialistas sobre lo que el obstetra debería hacer, existe escasa información sobre lo que realmente se hace.

El estudio estadounidense reveló que, en relación a la interrupción de la gestación en casos de anomalía letal, el 99% de los obstetras discutirían ese abordaje con los pacientes. Además, si la gestante decide dar continuidad al embarazo, la práctica de la “no intervención” a favor del feto a pedido de la madre se mostró como un consenso entre los obstetras. Por otro lado, la práctica de la “intervención completa” a favor del feto – que incluye parto con cesárea, monitoreo fetal, reanimación neonatal –, a pedido de la madre, fue desalentada por la mayoría de los obstetras y, por lo tanto, permanece como un área de controversia. Para el caso de la anomalía uniformemente letal, como la anencefalia, el 29% no cumplirían el pedido de la madre de intervención obstétrica completa a favor del feto¹¹.

En el panorama brasilero, luego de la decisión de no considerar la anticipación terapéutica del parto en caso de anencefalia como crimen de aborto previsto en el Código Penal, el STF exigió que el CFM definiese criterios médicos para el diagnóstico de malformación fetal. Igualmente, exigió que crease directrices específicas para la asistencia médica de la gestante, dado que la anticipación terapéutica del parto en el caso de la anencefalia no permanecería como de competencia jurídica, sino que se tornaría un procedimiento de los programas de atención de la salud de la mujer¹⁰.

La Resolución CFM 1.989/2012¹⁰ afirma que se limitó a tratar sobre los criterios para el diagnóstico de la anencefalia por creer en la suficiencia del Código de Ética Médica (CEM) para tratar las directrices específicas para la asistencia médica de la gestante. Según el CFM, el CEM aborda cuestiones sobre la objeción de conciencia del profesional, que lo deja exento de la obligación de actuar en la anticipación terapéutica del parto; la autonomía de la gestante, respetando la decisión de la paciente; el consentimiento informado, que exige de parte del médico la obtención de la aceptación de la paciente luego de haber sido informada sobre el procedimiento a ser realizado; y el secreto, dado que la anticipación terapéutica del parto en caso de anencefalia pasó a ser una cuestión que se restringe a la relación médico-paciente.

La resolución del CFM defiende la autonomía de la gestante en la toma de decisiones en cuanto a mantener o interrumpir el embarazo en caso

de anencefalia. Determina, en lo tocante al manejo del embarazo, que el médico debe ofrecer a la embarazada todas las informaciones que le fueran solicitadas, sin imponer su autoridad para inducirla a tomar una decisión, siendo un derecho de la gestante solicitar una junta médica o busca otra opinión sobre el diagnóstico. Además, según el CFM, es un deber del médico informarla sobre las consecuencias, incluyendo los riesgos resultantes de ambas decisiones¹⁰. El CFM, por lo tanto, no formuló directrices específicas para la asistencia médica en el abordaje del embarazo en caso de anomalía letal, como la anencefalia, ni el CEM las indica tampoco.

De esta forma, conforme reveló el estudio estadounidense, los obstetras presentan dificultades para mantener, en la práctica, un asesoramiento no directivo para las embarazadas, dejándose llevar por sus opiniones personales para alentar o desalentar a la paciente en cuanto a las decisiones de “no intervención” o “intervención completa” a favor del feto¹¹.

Otro estudio²⁸ corrobora la tesis de que, si los padres son influenciados por los profesionales de salud, las decisiones en cuanto al mantenimiento del embarazo permanecen basadas en las preferencias muy individuales de los médicos y enfermeras neonatales, de quienes los padres obtienen informaciones y asesoramiento. Reveló además que los profesionales de salud tienden a clasificar la calidad de vida relacionada a la salud más negativamente que los propios pacientes y sus parientes. Según la investigación, los profesionales de salud que cuidan de neonatos de bajo peso extremo, clasifican posibles estados de salud, principalmente aquellos que presentan incapacidad grave, con niveles de utilidad más bajos de lo que lo hacen los adolescentes que fueron neonatos de bajo peso extremo y sus padres.

Abordaje jurídico

En el medio jurídico hay siempre una gran divergencia cuando el asunto es una colisión entre principios fundamentales. El aborto o la anticipación terapéutica del parto demuestra ser un caso práctico de esta confrontación. Como resultado de ello, hay que hacer algunas breves consideraciones acerca de estos temas actuales, e igualmente polémicos. Así, el aborto es una conducta penal tipificada por el Código Penal²⁹ brasilero en los artículos 124 a 127:

Art. 124 – Provocar aborto en sí misma o consentir que otros lo provoquen:

Pena – detención, de uno a tres años.

Art. 125: Provocar aborto, sin el consentimiento de la gestante:

Pena – reclusión, de tres a diez años.

Art. 126 – Provocar aborto con el consentimiento de la gestante:

Pena – reclusión, de uno a cuatro años.

Párrafo único. Se aplica la pena del artículo anterior, si la gestante no es mayor de catorce años, o si es alienada o débil mental, o si el consentimiento es obtenido mediante fraude, amenaza grave o violencia.

Art. 127 – Las penas establecidas en los dos artículos anteriores se aumentan un tercio si, como consecuencia del aborto o de los medios empleados para provocarlo, la gestante sufre lesión corporal de naturaleza grave; y son duplicadas si, por cualquiera de estas causas, le sobreviene la muerte.

Enumera también las exclusiones de ilicitud, es decir, la posibilidad de la realización del aborto sin que sea considerada una conducta típica y punible. Fuera de estas excepciones, el aborto es considerado un crimen.

Art. 128 – No se pune el aborto practicado por médico:

I – si no hay otro medio de salvar la vida de la gestante;

II – si el embarazo resulta de violación y el aborto es precedido del consentimiento de la gestante o, cuando fuera incapaz, de su representante legal.

El artículo 128, I, clasifica como aborto necesario aquel que constituye el único medio de salvar la vida de la gestante. Es admitido para salvaguardar una vida, en este caso la de la propia gestante, es decir, se resigna una vida en defensa de otra. El inciso II menciona el aborto sentimental, práctica abortiva no punible por ser fruto de otro crimen, la violación, clara violencia contra derecho de libertad sexual y corporal de la mujer; por lo tanto, resigna una vida en defensa de la libertad sexual y psicológica de otra³⁰. Estas excepciones a la punibilidad, a los ojos de la doctrina y de la mayor parte de la comunidad jurídica son correctas y se condicen con los principios fundamentales.

A partir de 2012, advenida del juicio de la ADPF 54 por el STF, otra práctica “abortiva”, o anticipación terapéutica del parto, fue juzgada no punible en los casos de diagnóstico de anencefalia: *juzgar procedente la acción para declarar la inconstitucionalidad de la interpretación según la cual la interrupción del embarazo de feto anencéfalos es una conducta tipificada*

en los artículos 124, 126 y 128, incisos I y II, del Código Penal⁹. El principal argumento usado como justificativo para esta nueva autorización es que no hay aborto, dado que en los casos de anencefalia no hay potencial vida. Seguidamente, no hay que hablar de crimen tipificado por los artículos citados anteriormente, y sí, exclusivamente, de anticipación terapéutica del parto³¹. Esta autorización, desde el punto de vista de diversos operadores de las ciencias jurídicas, es vista como un avance, pero como un retroceso por otros³². En este caso, el retroceso se daría por tratarse de la apertura de un precedente para la futura y distante, pero real, despenalización del aborto, afirmado por el derecho a la libertad sexual de la mujer.

Para los autores, el argumento presentado sobre la potencialidad de vida del feto anencefálico debe considerarse como relativo. Consideramos que la ley es igual para todos, independientemente de que algunos individuos estén dotados de potencial de vida o de que sean plenamente capaces de realizar actos de la vida civil. Por lo tanto, a nuestro modo de ver, estaría dándose una especie de preselección, dado que, no existiendo potencial de vida en ese feto, que técnicamente vive, por estar en desarrollo, su vida puede ser cercenada y franqueada por una mera cuestión de cuantificación. En otras palabras, creemos que por causa de considerarse breve la duración de la vida del feto, éste acaba tornándose no merecedor de una gestación llevada a término.

Bajo la justificativa de la posibilidad de daños a la salud mental y psicológica de la gestante al llevar su gestación hasta el final, cuyo fruto vivirá breves momentos, es autorizada su interrupción³¹. Para los autores, esta cuantificación de la vida del feto es contraria a los derechos fundamentales, como el derecho a la vida y a la dignidad de la persona humana. No obstante, cabe recordar que esta reserva nunca fue colocada en el texto legal³³.

Consideraciones finales

Con la vigencia de esta nueva jurisprudencia, ampliando la interpretación del tema a la luz del Código Penal, se hace necesario un mayor alcance de los planos gubernamentales respecto a la fortificación de alimentos y el suplemento con ácido fólico como método preventivo de anencefalia y otras anomalías congénitas. En Brasil, así como ocurre en varios lugares de América Latina, es necesario un amplio análisis de las fallas en el uso del ácido fólico por parte de las gestantes para la posible reparación de esos errores, la disminución de la prevalencia de esta anomalía y, consecuentemente, la reducción de las anticipaciones terapéuticas.

Frente a la liberación de la anticipación terapéutica del parto en caso de anencefalia sin necesidad de autorización judicial⁹, se tornan necesarios estudios que evalúen de qué modo es realizado, en la práctica, el manejo del embarazo de anomalía letal¹⁰, dado que los obstetras presentan dificultades para mantener un asesoramiento no directivo con las gestantes¹¹.

Incluso habiendo sido proferida por la Suprema Corte de Brasil, nos parece evidente la inconformidad de esta nueva jurisprudencia con los principios vigentes del derecho brasileiro, ya que abre un nuevo precedente legal para la realización de la práctica abortiva a partir de la evaluación severa del potencial de vida de cada ser humano en gestación. Según lo entienden los autores de este texto, este hecho caracterizaría una violencia contra el derecho a la vida y a la dignidad de la persona humana, es decir, a derechos y garantías fundamentales establecidos por la Constitución Federal de 1988, por los motivos citados anteriormente³⁴.

Referências

1. Soares AMM, Piñeiro WE. Bioética e biodireito: uma introdução. São Paulo: Loyola; 2002. p. 28.
2. Guimarães DT. Dicionário técnico jurídico. 26ª ed. São Paulo: Rideel; 2013. p. 17.
3. Carvalho TR. A antecipação terapêutica de parto na hipótese de anencefalia fetal: estudo de casos do Instituto Fernandes Figueira e a interpretação constitucional do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro e do Supremo Tribunal Federal. [Internet]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2006 [acesso 26 abr 2014]. Disponível: <http://bit.ly/1S6gKNo>
4. Anjos MF. Anencefalia e bioética: visitando argumentações. Bio&thikos. 2012;6(2):154-60.
5. Stedman TL. Stedman: Dicionário Médico. 25ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p. 71.
6. Moore KL, Persaud TV, Torchia MG. Embriologia clínica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.
7. Matos FPL. Aborto: liberdade de escolha ou crime? [Internet]. Barbacena: Universidade Presidente Antônio Carlos; 2011. [acesso 26 abr 2014]. Disponível: <http://bit.ly/1Uwuh6R>
8. Brasil. Presidência da República. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União. Rio de Janeiro; 31 dez 1940.
9. Aurélio M. Arguição de descumprimento de preceito fundamental 54/DF. [Internet]. Diário de Justiça Eletrônico. Brasília: STF; 12 abr 2012 [acesso 10 jul 2015]. Disponível: <http://bit.ly/1nfQ2Hq>

10. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.989, de 10 de maio de 2012. Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 14 maio 2012. Seção 1. p. 308-9. [acesso 10 jul 2015]. Disponível: <http://bit.ly/1PuJ7VO>
11. Heuser CC, Eller AG, Byrne JL. Survey of physicians' approach to severe fetal anomalies. *J Med Ethics*. 2012;38(7):391-5.
12. Torres JH. Aborto e legislação comparada. *Cienc Cult*. [Internet]. 2012 [acesso 26 abr 2014];64(2). Disponível: <http://bit.ly/25YBzY6>
13. Estadão Internacional. Espanha impulsiona lei mais restritiva contra o aborto. [Internet]. 20 dez 2013 [acesso 26 abr 2014]. Disponível: <http://bit.ly/1ts0WQm>
14. Alberto MV, Galdos AC, Miglino MA, Santos JM. Anencefalia: causas de uma malformação congênita. *Rev Neurocienc*. 2010;18(2):244-8.
15. Fernández RR, Larentis DZ, Fontana T, Jaeger GP, Moreira PB, Garcias GL *et al*. Anencefalia: um estudo epidemiológico de treze anos na cidade de Pelotas. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2005 [acesso 28 abr 2014];10(1):185-90. Disponível: <http://bit.ly/23cAl6D>
16. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Posição da Febrasgo sobre gravidez com fetos anencéfalos. São Paulo; 2011.
17. Mitchell LE. Epidemiology of neural tube defects. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2005;135C(1):88-94. DOI: 10.1002/ajmg.c.30057
18. Boyles AB, Billups AV, Deak KL, Siegel DG, Mehlretter L, Slifer SH *et al*. Neural tube defects and folate pathway genes: family-based association tests of gene-gene and gene-environment interactions. *Environ Health Perspect*. 2006;114(10):1547-52.
19. Mezzomo CLS, Garcias GL, Scowitz ML, Scowitz IT, Brum CB, Fontana T *et al*. Prevenção de defeitos do tubo neural: prevalência do uso da suplementação de ácido fólico e fatores associados em gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2007 [acesso 25 maio 2015];23(11):2716-26. Disponível: <http://bit.ly/1Or8Gft>
20. Liu S, West R, Randell E, Lonerich L, O'Connor KS, Scott H *et al*. A comprehensive evaluation of food fortification with folic acid for the primary prevention of neural tube defects. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2004;4(1):20.
21. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 344, de 13 de dezembro de 2002. A diretoria colegiada da Anvisa/MS aprova o regulamento técnico para fortificação das farinhas de trigo e das farinhas de milho com ferro e ácido fólico. Diário Oficial da União. Brasília; 2002. Seção 1.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.793, de 11 de agosto de 2009. Institui a Comissão Interinstitucional para Implementação, Acompanhamento e Monitoramento das Ações de Fortificação de Farinhas de Trigo, de Milho e de seus Subprodutos. Diário Oficial da União. 12 ago 2009. Seção 1.
23. Soeiro BT, Boen TR, Pereira Filho ER, Lima-Pallone JA. Avaliação de ácido fólico e ferro em farinhas de trigo enriquecidas. 29ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Química. Campinas; maio 2006.
24. Pacheco SS, Braga C, Souza AI, Figueiroa JN. Efeito da fortificação alimentar com ácido fólico na prevalência de defeitos do tubo neural. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2009 ago [acesso 25 maio 2015];43(4):565-71. Disponível: <http://bit.ly/1UVWyzj>
25. Pan American Health Organization. Flour fortification with iron, folic acid and vitamin B12 in the Americas. Santiago: WHO; 2003.
26. Santos LMP, Pereira MZ. Efeito da fortificação com ácido fólico na redução dos defeitos do tubo neural. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2007 [acesso 25 maio 2015];23(1):17-24. Disponível: <http://bit.ly/1XqtRRv>
27. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
28. Saigal S, Stoskopf BL, Feeny D, Furlong W, Burrows E, Rosenbaum PL *et al*. Differences in preferences for neonatal outcomes among health care professionals, parents, and adolescents. *Jama*. [Internet]. 1999 jun [acesso 25 maio 2015];281(21):1991-7. Disponível: <http://bit.ly/1S6jVEA>
29. Vade mecum compacto Saraiva. 9ª ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva; 2013.
30. Patriarcha GCM. Interrupção da gestação do feto anencéfalo: aborto ou antecipação terapêutica do parto? Âmbito Jurídico. [Internet]. 2011 ago [acesso 10 jul 2015];14(91). Disponível: <http://bit.ly/1UVZAnn>
31. Coimbra CG. A inconstitucionalidade da tramitação da legislação legalizadora do aborto no Brasil. E-gov UFSC. [Internet]. 7 mar 2012 [acesso 10 jul 2015]. Disponível: <http://bit.ly/1UVYI24>
32. Camargo CL. Interrupção de gravidez de feto anencéfalo e a ADPF 54: avanço ou retrocesso? Interfaces Científicas. [Internet]. 2013 out [acesso 10 jul 2015];2(1):87-97. Disponível: <http://bit.ly/1WObqWS>
33. Santos OA. Aborto de anencéfalo: conflitos de competência entre pais, médicos e o Estado. Conteúdo Jurídico. [Internet]. 2012 [acesso 10 jul 2015]. Disponível: <http://bit.ly/1UPQEmk>
34. Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal; 2013.

Participación de los autores

Samuel Servinhani Fernandes, Bruna Fonseca Silva, Landri Carvalho Neto y Fernando Batigália contribuyeron igualmente en la elaboración del artículo.

Recebido: 24.10.2015

Revisado: 30. 5.2016

Aprovado: 13. 6.2016