



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## RESOLUÇÃO CFM Nº 2.378/2024

[Publicado em: 03/04/2024](#) | [Edição: 64](#) | [Seção: 1](#) | [Página: 92](#)

**(RESOLUÇÃO SUSPENSADA em razão da decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF 1141), até o julgamento final da ação).**

Regulamenta o ato médico de assistolia fetal, para interrupção da gravidez, nos casos de aborto previsto em lei oriundos de estupro.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), no uso das atribuições que lhe confere a [Lei nº 3.268](#), de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo [Decreto nº 44.045](#), de 19 de julho de 1958, alterado pelo [Decreto nº 10.911](#), de 22 de dezembro de 2021, a [Lei nº 12.842](#), de 10 de julho de 2013, o [Decreto nº 8.516](#), de 10 de setembro de 2015, e o Decreto nº 10.911, de 22 de dezembro de 2021;

**CONSIDERANDO** que a Constituição Federal do Brasil prevê em seu artigo 5º o direito inviolável à vida e que ninguém será submetido a tratamento desumano ou degradante, e ainda que a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro, conforme a [Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002](#);

**CONSIDERANDO** o artigo 128 do [Código Penal Brasileiro](#) em seus incisos I e II;

**CONSIDERANDO** que todos os seres humanos, conforme a [Declaração Universal dos Direitos Humanos](#), são nascidos livres e iguais em dignidade e direitos; todos têm direito à vida, à liberdade e à segurança; e ninguém deve ser tratado ou punido de forma desumana ou degradante;

**CONSIDERANDO** que conforme a [Convenção Americana de Direitos Humanos](#), pessoa é todo ser humano, e toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida, direito esse que deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente;

**CONSIDERANDO** o [Decreto nº 678/1992](#) ratifica a adesão do Brasil, que é signatário, e promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), que afirma em seu art. 4º: “Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida”;

**CONSIDERANDO** a [Declaração de Genebra, pela Associação Médica Mundial](#), será mantido o máximo respeito pela vida humana, promovendo a honra e as nobres tradições da profissão médica, evitando o uso dos conhecimentos médicos para violar os direitos humanos;



## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

**CONSIDERANDO** a fundamentação da ética, em uma sociedade plural e em um estado de direito democrático, a dignidade humana, materializada no respeito e na proteção da vida humana, é a base ontológica e o pressuposto de qualquer outra manifestação dos direitos humanos, consistindo em direito fundamental e inalienável conforme a Constituição Federal do Brasil;

**CONSIDERANDO** que os direitos humanos, fundamentais e inalienáveis, bem como a ética a eles associada e que respeita a dignidade humana, evocam características necessárias para se expandirem transculturalmente e atingirem universalidade;

**CONSIDERANDO** a existência de pluralismo cultural nas sociedades modernas ocidentais, originou-se a necessidade de encontrar uma plataforma comum para a resolução de determinados conflitos na área da medicina, contudo o pleno relativismo moral pode não ser compatível com a dignidade humana e com o profissionalismo médico;

**CONSIDERANDO** o [Código de Ética Médica](#), que se configura como um conjunto de deveres inerentes ao exercício da medicina, tratando de garantir o bom exercício profissional e adaptando-se progressivamente a novos paradigmas emergentes, sem trair os compromissos éticos de uma medicina dedicada ao bem maior do ser humano e, portanto, do paciente;

**CONSIDERANDO** o inciso II dos princípios fundamentais do *Código de Ética Médica*, que informa que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

**CONSIDERANDO** o decidido na Sessão Plenária de 21 de março de 2024;

### RESOLVE:

**Art. 1º** É vedado ao médico a realização do procedimento de assistolia fetal, ato médico que ocasiona o feticídio, previamente aos procedimentos de interrupção da gravidez nos casos de aborto previsto em lei, ou seja, feto oriundo de estupro, quando houver probabilidade de sobrevivência do feto em idade gestacional acima de 22 semanas.

**Art. 2º** Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília, DF, 21 de março de 2024.

**JOSÉ HIRAN DA SILVA GALLO**

Presidente

**DILZA TERESINHA AMBRÓS RIBEIRO**

Secretária-geral



## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

### EXPOSIÇÃO DE MOTIVO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2378/2024

Entende-se por assistolia fetal, que gera o feticídio, ato médico que provoca óbito de feto antes do procedimento de interrupção de gravidez, induzido por administração de drogas no feto.

Diante do fato inegável de uma vida humana viável poder ser terminada de forma irreversível e diante do fato de que o conceito de vida humana é objetivamente estabelecido por meio da embriologia, optar pela atitude irreversível de sentenciar ao término uma vida humana potencialmente viável fere princípios basilares da medicina e da vida em sociedade, ensejando um voluntarismo relativista que já marcou negativamente diversas épocas com grande impacto sobre a profissão médica.

O procedimento de assistolia fetal previamente ao aborto permitido em lei é profundamente antiético e perigoso em termos profissionais, salvo em situações muito específicas. No contexto de dúvida gerado pela argumentação ideológica e filosófica sobre quem dos seres humanos merece ser pessoa, ou quem teria maior ou menor dignidade pessoal, uma decisão irreversível de caráter destrutivo configura-se antiética e irresponsável. O ônus moral, ético e profissional caberia muito mais aos que desejam flexibilizar o uso de um procedimento destrutivo como esse que se encontra em análise e é tema da proposta de resolução.

Existem várias razões pelas quais os médicos induzem a morte fetal antes do aborto, incluindo: medo de retaliação legal; conforto do paciente; crença de que a dilatação e a curetagem ou indução do parto será mais fácil e rápida; para evitar a sobrevivência fetal transitória após indução médica; e evitar o parto fora do hospital com sinais de vida<sup>1</sup>. Diferentes fármacos têm sido empregados para induzir a morte fetal. Os agentes farmacológicos mais comumente usados são: digoxina, cloreto de potássio (KCl) e lidocaína. Esses agentes são administrados na cavidade uterina por via transcervical ou abdominal, podendo ser injetados no líquido amniótico (digoxina), no tecido fetal (digoxina e lidocaína) ou no coração do feto (digoxina, KCl e lidocaína).

Evidências de estudos demonstram taxas de sucesso no objetivo de provocar assistolia fetal de 93% a 100%<sup>2</sup>. O procedimento geralmente é seguro; no entanto, as complicações podem incluir infecção materna, internação hospitalar e nascimento com vida em situações não planejadas<sup>2</sup>.

Revisão sistemática de 2020 evidenciou taxa mais alta de eventos adversos maternos graves em pacientes recebendo drogas feticidas do que naquelas situações em que as mulheres não receberam tais medicamentos<sup>1</sup>. Um estudo incluído na revisão comparando dilatação e esvaziamento uterino com ou sem digoxina prévia para morte fetal encontrou mais aborto espontâneo, infecção e reinternação no grupo que recebeu digoxina 1 mg intrafetal ou intra-amniótica.



## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Embora os defensores da assistolia fetal digam que ela é fundamental para uma melhor satisfação materna, essa revisão sistemática recente não mostrou isso. Nenhum estudo incluído nessa revisão em questão investigou a satisfação ou aceitabilidade materna. Um dos estudos comparou a aceitabilidade do aborto cirúrgico entre mulheres que receberam e não receberam KCl intracardíaco, e não encontrou diferença entre os grupos. Nesse estudo, 3,4% das pacientes que receberam KCl descreveram o procedimento de abortamento cirúrgico como inaceitável em comparação com 2,7% das pacientes que não receberam agente feticida<sup>3</sup>.

Em relação ao tempo de duração da indução de parto entre aquelas que fizeram uso da assistolia fetal e aquelas que não fizeram uso, estudo brasileiro publicado em 2008 mostrou que não houve diferença de tempo nem de efeitos colaterais entre 146 pacientes<sup>4-5</sup>. Outro estudo sul-africano publicado em 2019 com 144 mulheres com desenho do tipo caso-controle apresentou resultado semelhante<sup>6</sup>.

Existem situações na obstetrícia em que o procedimento da assistolia embrionária/fetal traz benefícios no que se refere a menor risco para a gestante, como a gravidez ectópica com uso de metotrexate para tratamento. Outra situação, a sequência TRAP (*twin reversed arterial perfusion*), perfusão arterial reversa em gemelar, é uma condição rara que resulta da comunicação entre as artérias umbilicais (anastomoses arterio-arteriais) já na embriogênese e geralmente é acompanhada também de anastomoses venosas. O gêmeo acárdico (*perfused twin*) é um feto que não se desenvolve adequadamente e é perfundido retrogradamente com sangue desoxigenado pelo “feto bomba” (*pump twin*). Existem situações peculiares descritas, e outras que podem surgir, que justificariam o procedimento de assistolia fetal ao reduzir o risco de morte materna.

Havendo viabilidade fetal, deve ser assegurada a tecnologia médica disponível para tentar permitir a sobrevivência após o nascimento. O bebê de menor peso que sobreviveu nasceu com 212 g em Cingapura, considerado na atualidade o menor peso para chance de sobrevida. As estimativas de chance de sobrevida devem analisar outras questões, como: motivo da prematuridade, idade gestacional, presença de CIUR (crescimento intrauterino restrito), uso de corticoide etc. A idade gestacional também deve ser avaliada e vem decaindo com o avanço da tecnologia médica. Em estudo recente<sup>7</sup>, Rysavy e colaboradores analisaram dados de cerca de 900 hospitais americanos. É citado nesse estudo que, em 2007, somente 26% ofereciam tratamento a nascidos com 22 semanas, e a taxa de sobrevivência era de 5%. Em 2019, tratamentos já eram oferecidos em 58% dos hospitais, com taxa de sobrevivência de 17%. Cerca de 250 bebês nascidos com 22 semanas de gestação sobrevivem nos Estados Unidos a cada ano. Entre os nascidos com 23 semanas, o número de sobreviventes foi cinco vezes maior.

Crianças nascidas a partir do período de periviabilidade neonatal apresentam riscos elevados de mortalidade e quadros clínicos complexos, podendo desenvolver condições crônicas de saúde e necessitar de cuidados intensivos e perenes. O comprometimento do neurodesenvolvimento é uma das principais complicações a longo prazo, incluindo prejuízo da capacidade cognitiva, déficits motores e neurossensoriais, problemas comportamentais



## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

e psicológicos. Outras morbidades para crianças nascidas entre 22 e 26 semanas de gestação que sobrevivem à admissão inicial na unidade de terapia intensiva neonatal incluem: hemorragia intraventricular grave, leucomalácia periventricular, enterocolite necrosante, displasia broncopulmonar, retinopatia grave da prematuridade e sepse. O risco dessas morbidades é altamente dependente da idade gestacional (IG), sendo este o preditor de sobrevivência mais comumente citado, seguido do peso ao nascer.

Um relatório de 2008, do Instituto Nacional de Saúde Infantil e Desenvolvimento Humano (NICHD) Eunice Kennedy Shriver, da Rede de Pesquisa Neonatal, demonstrou que de 4.446 bebês nascidos entre 1998 e 2003, com peso ao nascer (PN) > 400 g (IG entre 22 e 25 semanas), cada aumento de 100 g no peso ao nascer reduzia diretamente o risco de morte ou deficiência do neurodesenvolvimento (NDI), semelhante à redução do risco a cada aumento de uma semana na idade gestacional<sup>8</sup>. Em um relatório de 2019, da Rede de Pesquisa Neonatal NICHD, informou-se que de 205 bebês nascidos entre 2008 e 2015, com um PN < 400 g, IG entre 22 e 26 semanas, 26% dos bebês tratados ativamente sobreviveram à alta<sup>9</sup>.

O desconhecimento desses conceitos pode impactar de forma prejudicial os dados oriundos da assistência a essas crianças extremamente prematuras. A sobrevivência de todos os recém-nascidos aumentou com a melhoria do atendimento ao longo do tempo, com os avanços nos cuidados perinatais e neonatais. Por isso, a partir das 22<sup>a</sup> e 23<sup>a</sup> semanas de idade gestacional, os fetos precisam ser identificados como periviáveis, isto é, como detentores do direito à vida, e devem receber assistência conforme sua vulnerabilidade.

Um estudo coorte retrospectivo com 720.901 bebês nascidos entre 1983 e 2010 calculou a probabilidade de sobreviver até os 25 anos sem deficiência (definida nesse estudo como deficiência intelectual, transtorno do espectro do autismo ou paralisia cerebral), a depender da idade gestacional de nascimento: bebês nascidos com 22 semanas – 4%; bebês nascidos com 23 semanas – 20%; bebês nascidos com 24 semanas – 42%; bebês nascidos com 25 semanas – 53%; bebês nascidos com 28 semanas – 78%; bebês a termo (39 a 40 semanas) – 97%<sup>10</sup>.

Um estudo conduzido entre 2006 e 2011, da Rede de Pesquisa Neonatal do NICHD, demonstrou maior sobrevivência livre de deficiência entre bebês nascidos com 22 semanas de IG que receberam intervenção ativa quando comparados com bebês nascidos com 22 semanas de gestação que não receberam intervenção ativa<sup>11</sup>. Em outro relatório sobre 248 bebês tratados em uma única instituição, em que o tratamento ativo foi rotineiramente fornecido a todos os bebês periviáveis, aproximadamente 50% estavam vivos sem NDI grave em 18 a 22 meses<sup>12</sup>.

Em um estudo multicêntrico sobre bebês nascidos com 22 a 24 semanas de IG, os resultados do neurodesenvolvimento foram avaliados em 18 a 22 meses e comparados em três períodos consecutivos de nascimento (2000-2003, 2004-2007 e 2008-2011). Após o ajuste para diferenças nas características basais do paciente, a sobrevivência sem NDI aumentou de 16%, na época inicial, para 20% no período mais recente<sup>13</sup>.



## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

O [Decreto nº 678/1992](#) ratifica a adesão do Brasil, que é signatário, e promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), que afirma em seu art. 4º: “Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção”. Nesse sentido, entendemos que caso a mãe deseje interromper a gestação e o feto tenha chance de sobreviver fora do útero, não devemos matá-lo antes da indução do parto. Posteriormente, o nascituro deve ser tratado com respeito e dignidade, com cuidados necessários para que a vida seja mantida ou com cuidados paliativos, quando indicados (caso não se antevêja uma chance razoável de sobrevivência sem deficiências graves).

Considerando a bioética como valor inafastável dessa discussão, fundamentamos a justificativa desta resolução nos seguintes princípios: 1) **Beneficência**: a flexibilização ou permissibilidade do procedimento de assistolia fetal não promove de forma clara a beneficência materna, salvo em situações específicas; 2) **Não maleficência**: o procedimento de assistolia fetal claramente é destrutivo e maleficiente a uma vida humana potencialmente viável em várias situações. Também configura maleficência com efeitos adversos específicos adicionais à mãe; 3) **Justiça**: a flexibilização do procedimento de assistolia fetal ou sua permissividade impõe carga adicional ao Sistema Único de Saúde (SUS) sem claro ganho de equidade; 4) **Autonomia**: a opção pela interrupção da vida humana viável não pode ser compreendida de forma simplista como liberdade ou autonomia. De forma dialética e muito clara, a liberdade para encerrar uma vida humana potencialmente viável coloca-se também como tirania da vontade, gerando o extermínio forçado de uma outra vida; 5) **Responsabilidade**: a eliminação de vidas humanas viáveis promovida por uma flexibilização ou permissividade indevida do procedimento de assistolia fetal prévio ao abortamento configura claro desrespeito às gerações posteriores e coloca em perigo a identidade profissional da medicina, abrindo margem para consequências diversas que precisam de melhor análise ética, profissional, científica e social.

Pelo exposto, considera-se fundamental a regulamentação pelo CFM do procedimento de assistolia fetal nos casos de aborto, previsto em lei, de feto oriundo de estupro.

**RAPHAEL CÂMARA MEDEIROS PARENTE**  
RELATOR



## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

### REFERÊNCIAS

1. Tufa TH, Prager S, Antonella F, Kim C. Drugs used to induce fetal demise prior to abortion: a systematic review. *Contraception*: X. 2020;2:17  
doi: [10.1016/j.conx.2020.100046](https://doi.org/10.1016/j.conx.2020.100046)
2. Sium A, Tufa TH. Effectiveness of intra-cardiac lidocaine and intra-amniotic digoxin at inducing fetal demise before second trimester abortion past 20 weeks at a tertiary Hospital in Ethiopia: A retrospective review. *Contraception*: X 2022;4:1-5.  
<https://doi.org/10.1016/j.conx.2022.100082>
3. Lohr PA, Parsons JH, Taylor J, Morroni C. Outcomes of dilation and evacuation with and without feticide by intra-cardiac potassium chloride injection: a service evaluation. *Contraception*: X 2018;98:100-5. doi: [10.1016/j.contraception.2018.04.010](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.04.010)
4. Silva LV, Cecatti J. Medical termination of pregnancy with lethally abnormal fetuses: Resumo de Tese. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006;28(9):565-7.  
<https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000900014>
5. Silva, LV, et al. Feticide does not modify duration of labor induction in cases of medical termination of pregnancy. *Fetal Diagn Ther* 2008;23(3):192-7.  
<https://doi.org/10.1159/000116740>
6. ŞIK, A, et al. Does feticide shorten termination duration in second trimester pregnancy terminations? *Afr Health Sci* 2019;19(1):1544-53. doi: [10.4314/ahs.v19i1.28](https://doi.org/10.4314/ahs.v19i1.28)
7. Sium A, et al. The effect of induced fetal demise on induction to expulsion interval during later medication abortion: a retrospective cohort. *Contraception*: X 2023;125:110092. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2023.110092>
8. Rysavy, MA, et al. An Immature Science: Intensive Care for Infants Born at  $\leq 23$  Weeks of Gestation. *J Pediatr* 2021;233:16-25.e1.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.03.006>
9. Tyson JE, Parikh NA, Langer J, et al. [Cuidados intensivos para prematuridade extrema: indo além da idade gestacional]. *N Engl J Med* 2008;358:1672. DOI: 10.1056/NEJMoa073059
10. Brumbaugh JE, Hansen NI, Bell EF, et al. [Resultados de bebês extremamente prematuros com Peso ao nascer inferior a 400 g.] *JAMA Pediatr* 2019;173:434.  
doi:10.1001/jamapediatrics.2019.0180



## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

11. Rysavy MA, et al. Between-hospital variation in treatment and outcomes in extremely preterm infants. N Engl J Med, 2015;372:1801. doi: 10.1056/NEJMoa1410689
12. Bourke J, Wong K, Srinivasjois R, et al. Prevendo a sobrevivência a longo prazo sem maiores incapacidades para bebês nascidos prematuros. J Pediatra 2019;215:90.
13. Younge N, Goldstein RF, Bann CM, et al. [Resultados de Sobrevivência e Neurodesenvolvimento em Bebês Perecíveis]. N Engl J Med 2017;376:617. doi: 10.1056/NEJMoa1605566