

## DETERMINAÇÃO DO SEXO FETAL

### O que é?

A determinação do sexo fetal, também conhecida como sexagem fetal, é uma nova técnica para determinação do sexo do bebê, realizada com uma amostra de sangue da mãe. Este teste está baseado na identificação de fragmentos do cromossomo Y originados de células fetais da placenta presentes na circulação materna. Como apenas indivíduos do sexo masculino possuem esse cromossomo dentro de suas células, a presença destes fragmentos indica a gestação de um menino e sua ausência indica uma menina.

### Quem pode fazer o exame?

- 1 - Qualquer mulher grávida que assim o desejar. O teste não detecta gravidez, assim, se uma mulher que não estiver grávida fizer o teste, este apontará resultado de menina, pois apenas identificará a ausência de DNA masculino.
- 2 - Este exame não é recomendado em mulheres que foram transplantadas. Transfusão de sangue nos últimos 6 meses também contra-indica o teste.
- 3 - Este exame não é aconselhado para mulheres em uso de anticoagulante a base de heparina (ex: Clexane) por interferir na análise do resultado.

### Há uma idade gestacional mais apropriada para a realização do teste?

Sim. O teste só deve ser realizado a partir da oitava semana de gestação, contadas a partir da data da última menstruação.

### O fato de a gestante ter tido gestações anteriores de meninos ou meninas interfere no resultado?

Não. O DNA fetal é rapidamente eliminado da circulação materna após o parto.

### Paciente teve um aborto prévio?

Sim. Necessário aguardar 6 meses da data de aborto para realizar o exame de sexagem fetal.

### E se a gravidez for gemelar (gêmeos)?

Para gêmeos idênticos (chamados de univitelinos) o resultado é válido para ambos os bebês. Para gêmeos fraternos (presença de duas placentas) a presença de DNA masculino significa que ao menos um dos gêmeos é menino. Se o resultado do teste for menina, indica que ambas as gêmeas são meninas. Em gestação gemelar pode acontecer a perda de apenas um dos embriões, o que é relativamente comum em procedimentos de FIV (fertilização "in vitro"). Neste caso pode ocorrer resultado falso positivo se o embrião viável for feminino e o embrião que não sobreviveu for masculino. Isto porque a placenta do embrião que não sobreviveu pode permanecer viável por um período prolongado e o DNA fetal detectado nesse teste provém da placenta.

### Pode haver resultado inconclusivo?

Sim, em aproximadamente 5% dos casos. Nesses casos será solicitada uma nova coleta.

### O teste pode indicar algum problema de saúde com o feto?

O princípio do teste é a descoberta de material genético masculino na circulação materna e, portanto, não investiga qualquer outro aspecto relacionado a saúde do feto.

### O teste acerta 100% dos casos?

Não. Como qualquer teste biológico ele tem limitações que podem levar a uma indicação errônea do sexo do bebê.

### Pode ocorrer divergência entre o ultrassom e o teste de sexagem fetal?

Sim. É possível que isto ocorra, pois nenhum dos dois métodos tem 100% de acerto.

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA DETERMINAÇÃO DO SEXO FETAL

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Nome do Responsável, caso a paciente seja menor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Declaro ter lido as informações deste formulário e estou ciente que este teste não acerta 100% dos casos (1% erro).

Dessa forma, autorizo a realização do Teste de Determinação do Sexo Fetal.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha

## QUESTIONÁRIO PARA EXAME DE DETERMINAÇÃO DO SEXO FETAL

Caro cliente,

Você está recebendo um questionário que é muito importante para a análise de consistência do seu resultado de determinação do sexo fetal. Pedimos a gentileza de preenchê-lo.

1. Você realizou fertilização "in vitro"? ( ) Não ( ) Sim
2. Se sim, quantos embriões foram implantados? \_\_\_\_\_  
Quantos permaneceram viáveis? \_\_\_\_\_
3. Você recebeu transfusão sanguínea ou transplante de órgãos?  
( ) Não ( ) Sim Quando? \_\_\_\_\_

**Importante: Este teste NAO DEVE ser realizado em mulheres que receberam transplante de órgãos ou de medula. Também é contraindicado em receptoras de transfusão sanguínea há menos de 6 meses.**

4.Semana de gestação (mínimo 8 semanas):  
\_\_\_\_\_

5.D.U.M. (Data da última menstruação): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

6.Houve alguma intercorrência durante a gravidez? ( ) Não ( ) Sim, qual?  
\_\_\_\_\_

**Importante: Este exame tem 99% de acerto após a 8ª semana. De cada 100 amostras realizadas uma tem a chance de indicar o sexo erroneamente.**

Estou ciente que o índice de acerto do teste é de 99%.

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_