

Difficulties and Rights of Women in Pregnancy of Anencephalic Fetuses

*Eveline Oliveira Girão Castro*¹;
*Cláudio Couto Lóssio Neto*²;
*Antonio Marlos Duarte de
Melo*³;
*Jucier Gonçalves Júnior*⁴;
*Athena de Albuquerque Faria*⁵

Abstract: Despite a series of advances in the establishment of specialized services for women in all regions of the country, many still face great difficulties in accessing abortion services. Even in relation to anencephaly, there are still challenges for the proper structuring of legal abortion services, as it is difficult to identify health professionals available for abortion care permitted by law. This article discusses the issues involved in these cases. It was concluded that, due to the moral and religious stigma, there is a refusal of doctors related to the practice of abortion, despite the existence of Brazilian technical norms that regulate this practice. However, the right to conscientious objection is not necessarily recognized in the absence of another medical professional to assist women when there is a risk of death.

Keywords: Anencephaly, Abortion, Women's Rights.

Dificuldades e Direitos da Mulher na gravidez de fetos Anencéfalos

Resumo: Apesar de uma série de avanços obtidos com a instalação dos serviços especializados para atendimento a mulheres em todas as regiões do país, muitas ainda vivenciam grandes dificuldades para o acesso ao serviço de aborto. Mesmo em relação a anencefalia, ainda há desafios para uma adequada estruturação dos serviços de aborto legal, já que é difícil a identificação de profissionais de saúde com disponibilidade para assistência ao aborto permitido pela lei. Este artigo discute as questões implicadas nestes casos. Concluiu-se que, ante o estigma moral e religioso, há recusa dos médicos relacionadas a prática do aborto, apesar de existirem normas técnicas brasileiras que regulamentam tal prática. Entretanto, o direito à objeção de consciência não necessariamente é reconhecido ante a falta de outro profissional médico para atender a mulher, quando há risco de morte.

Palavras-chave: Anencefalia, Aborto, Direitos da Mulher

¹ Médica pela Universidade Estadual do Ceará. Especialização em Medicina do Trabalho e em Auditoria em Saúde pela Faculdades Integradas de Cruzeiro – FIC. Residência de Pediatria do Hospital Geral de Fortaleza – R1.

Contato: evelineogc@hotmail.com;

² Médico pela Universidade Federal do Cariri - UFCA. Residente em Cirurgia Geral pela UFCA;

³ Médico pela Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte, Ceará. Contato: marlos_duarte@outlook.com;

⁴ Residente em Clínica Médica na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Cariri – UFCA. Habilitado pela American Heart Association (AHA) / IPATRE em Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS - 2017 a 2019). Contato: juciergjuni@hotmai.com;

⁵ Advogada pelo Centro Universitário dos Guararapes – UNIFG - Pernambuco. Máster in Law Sustainable Development. Università degli Studi di Milano – ITALY. Contato: athena.farias@gmail.com.

Introdução

Para cada 1.600 crianças brasileiras nascidas vivas, há o registro de um feto anencéfalo, o que coloca o Brasil como o quarto colocado no ranking da Organização Mundial de Saúde (Anis, 2004; Marques, 2009; Diniz e Vélez, 2008).

Apesar disso, o Brasil até pouco tempo atrás não possuía uma legislação específica falando sobre a antecipação do parto nesse tipo de situação. Porém, em 2012, com a decisão do Supremo Tribunal Federal, mulheres com fetos anencefálicos obtiveram o direito de abortar, pois, nesta situação, não ocorre a formação do cérebro no feto; e entende-se que esse procedimento não é criminoso pela justiça, garantindo, assim, que mulheres possam interromper a gestação desses fetos sem a necessidade de autorização judicial (Klasing, 2012). Essa opção encontra assento em regras constitucionais bastante explícitas, tais como o direito à liberdade, em seu sentido mais amplo, o direito à autonomia da vontade, o direito à saúde e, sobretudo, o direito à dignidade da pessoa humana (Marques, 2010).

Direito à saúde: uma fundamentação à vida?

O direito a saúde é tutelado pela Constituição Federal (Brasil, 2011) como um direito social, conforme está descrito no art. 6, “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados [...]” (Seabra e Da Silva, 2013).

O art. 196 da Constituição também trata da saúde: a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 2011).

A Lei 8.080/90, por sua vez, estabelece no seu art. 2 que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado promover as condições indispensáveis ao seu bom exercício” (Seabra e Da Silva, 2013).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) também trás, no seu artigo 25, que “Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados

médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle”.

As mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, são 58.404.409 e representam 65% do total da população feminina, conformando um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde¹²⁶. A manutenção de uma gravidez não desejada viola os direitos fundamentais da gestante, resultando num conflito entre seus direitos e os interesses do embrião/feto (Tessaro, 2006).

A gestante de um feto anencéfalo é considerada portadora de uma gravidez de risco, já que pode evoluir com um ou mais dos distúrbios. Assim, sua saúde e bem-estar ficam comprometidos, não há como não cogitar que a vida da gestante esteja em risco (Marques, 2010).

Na maioria dos países desenvolvidos, a legislação permite o aborto para salvar a vida da gestante, preservar a sua saúde física ou mental, quando a gravidez resultou de estupro ou incesto, em casos de anomalia fetal, por razões econômicas ou sociais e por solicitação da mulher (De Sousa, 2010).

Para De Melo (2012), a antecipação do parto em hipótese de gravidez de feto anencéfalo é o único procedimento médico cabível para abreviar o risco e a dor da gestante. Evitar a sua realização importa em indevida e injustificável restrição ao direito à saúde.

Dessa forma o médico deve, como profissional de saúde, lançar mão dos princípios da saúde pública para agir em benefício da mulher, que sofre com o risco de uma gravidez de um feto anencéfalo. Sua ação, apesar de ter todo um resguardo legal, não precisa estar originada em uma decisão jurídica e sim, na escolha da mulher em permanecer com a gestação até os nove meses ou interrompe-la. O ato médico deve estar comprometido com o bem-estar físico e mental da mulher (Marques, 2010).

Massud (2010) ainda ressalta que a criança que gesta é um ser que nada sente, constituindo um organismo biologicamente ativo, mas sem potencialidade alguma. Resta, pois, o respeito à mãe e aos seus sentimentos.

A maternidade humana é um processo com pressupostos comportamentais herdados muito evidentes e muito operantes, a gerar sentimentos e atitudes difíceis de lidar e não constitui simplesmente algo que se pode manipular intelectualmente com facilidade (Massud, 2010). Nesse contexto, observa-se que o prolongamento de uma gestação, aonde se sabe que o feto é anencéfalo, significa um risco à saúde da mulher em todos os seus

aspectos, pois, não é apenas a saúde mental ou psicológica da gestante que é afetada, saúde da mulher também se encontra ameaçada em razão das complicações físicas que poderá sofrer por estar carregando em seu ventre um feto anencéfalo (Brito e Costa, 2010).

Apesar dessas várias leis que destacam a importância da saúde; os direitos das mulheres, dentre eles o acesso à saúde de qualidade, ainda não são garantidos de maneira efetiva, mesmo com a criação de políticas públicas que incorporam ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres (Anjos et al., 2013).

Direito à liberdade: para quem? Com quem?

A liberdade é direito que se junta aos demais de forma a valorar os direitos à vida, à igualdade, à segurança, à propriedade. É, por assim dizer, que na liberdade e a partir dela pode o cidadão usufruir dos demais direitos fundamentais (Leiria, 2011).

A autonomia da vontade da mulher de dispor do próprio corpo, ou seja, sua capacidade de autodeterminação, em especial no tocante ao aborto, merece análise e consequente tratamento com muita parcimônia, haja vista que não pode ser totalmente retaliada, ficando a depender do contexto do caso concreto (Carvalho e Carvalho, 2012).

No tocante ao debate jurídico em torno do aborto como medida terapêutica para os casos de anencefalia, após comprovação médica da ocorrência da anomalia, destaca a liberdade de escolha da gestante quanto ao prosseguimento da gestação, diante da ausência de previsão legal que vede a antecipação terapêutica do parto (Mingati, Góes e Costa, 2012).

A liberdade base é a liberdade de ação ou de atuação em geral, prevista no art. 5º, inciso II da Constituição Federal. De acordo com tal dispositivo, “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer. Dessa maneira, o direito à liberdade de autonomia reprodutiva da mulher, no caso de gravidez de feto anencéfalo, deve ser baseado nas necessidades específicas e individuais de cada mulher e, desse modo, a decisão deve ser sempre da mulher (Seabra e Da Silva, 2013).

O direito geral de liberdade definido como aquele dado ao ser humano para fazer ou não fazer o que quiser, ou seja, o que a lei não proibir; sua principal manifestação é o princípio da autonomia da vontade ou individual, em que toda pessoa capaz tem a liberdade de praticar atos e definir seu conteúdo (Carvalho e Carvalho, 2012).

Com isso, proibir que uma mulher antecipe um parto, com fins terapêuticos, por carregar em seu ventre um feto anencéfalo, por considerar tal conduta como crime, fere também o princípio da liberdade ou autonomia, pois o Estado estaria adentrando em uma

esfera particular do indivíduo, caracterizando uma invasão arbitrária no direito de liberdade da gestante¹. O Comitê de Direitos Humanos da ONU, em 2005, reconheceu que os direitos reprodutivos estão firmemente baseados nos princípios dos direitos humanos e negar acesso ao aborto legal é uma violação dos direitos mais básicos da mulher.

A gestação é um episódio de excepcional relevância na vida da mulher. A partir do momento em que se torna sabedora de que alberga em seu ventre um ser anencéfalo, deve ter o absoluto direito de optar pela manutenção ou não da gestação. Ao exercitar esse direito, faz uso do princípio da liberdade e da autonomia da vontade (Massud, 2010).

Impor à gestante a continuidade da gravidez de feto, cuja inviabilidade extrauterina é certa, consiste em retirar-lhe totalmente a autonomia sobre o próprio corpo. É desconsiderá-la enquanto possuidora de direitos individuais (Fernandes, Sarmiento, e Piovesan, 2007).

Assim, o direito à liberdade, compreendido aqui no seu sentido positivo, traduzido pela autonomia da mulher em relação ao seu próprio corpo, não a deixando refém de uma condição biológica que confere exclusivamente à ela a possibilidade de gestar. Em outras palavras, trata-se da autodeterminação sexual e reprodutiva, cabendo à mulher a última palavra sobre o momento em que exercerá a maternidade (Tessaro, 2006).

Dito isto, já passa da hora de verdadeiramente se reconhecer a mulher como sujeito de direitos, como um fim em si mesma; de se respeitar a sua dignidade, a sua privacidade, a sua liberdade e a sua autonomia sexual e reprodutiva. Já não é sem tempo que ela possa usufruir de verdadeira proteção a sua integridade física e mental e a sua saúde. É o momento de proclamar efetivamente a igualdade de direitos entre os sexos (Fernandes, Sarmiento, e Piovesan, 2007).

Direito à dignidade humana como ampara precípua ao direito feminino

Não há dúvida que dentre os direitos fundamentais da mulher destacam-se o direito à liberdade, à igualdade e a saúde, os quais estão intimamente ligados ao princípio fundamental da dignidade da pessoa humana (Tessaro, 2006).

A Carta Magna brasileira elegeu como um dos fundamentos da sua República Federativa, mais especificamente no inciso III do seu primeiro artigo, a dignidade da pessoa humana (Brito e Costa, 2011). A Declaração Universal dos Direitos Humanos, no

seu artigo 1º afirma que “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos” (ONU, 1948).

A Constituição Federal de 1988 define no art. 1º, inc. III a dignidade da pessoa humana como um valor fundamental para a construção do Estado Democrático de Direito no país, assegura a participação popular e trata a educação e a saúde como dever do Estado e direito de todos. Prevendo também que os direitos sociais devam ser efetivados, não se constituindo em finalidade, mas rotina da prática dos direitos sociais (Marques, 2010).

Nesse contexto, de acordo com Ferreira Filho (2001), a dignidade humana pode ser ofendida de muitas maneiras. Tanto a qualidade de vida desumana quanto a prática de medidas de tortura, sob todas as suas modalidades, podem impedir que um ser humano cumpra na terra a sua missão, conferindo-lhe um sentido.

Proibir uma mulher de interromper a gravidez em caso de feto anencéfalo viola diversos preceitos fundamentais, entre os quais o da dignidade da pessoa humana — fundamento do Estado Democrático de Direito (art. 1º, inciso III, da CRFB) (Fernandes, Sarmiento, e Piovesan, 2007).

Para Wolfgang Sarlet (2007), “temos por dignidade da pessoa humana a qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos.”

No que concerne à vulneração da dignidade humana da mulher, para a corrente que defende a permissão do aborto do feto anencéfalo, impor a gestante carregar um feto por nove meses em seu ventre, sabendo que o mesmo não sobreviverá, causando-lhe dor, angústia e frustração, seria o mesmo que lhe submeter a uma situação de tortura, incorrendo em uma violação direta ao princípio da dignidade física e moral da gestante (Brito e Costa, 2010; De Melo, 2012).

Vale destacar também que na hipótese de que a mulher opte pela antecipação do parto, os quatro princípios universais da bioética se fazem presentes. A sua opção livre e informada pela antecipação; a Justiça que ajudou a quem poderia ser ajudada; a cessação do sofrimento físico e psíquico da mãe. Autonomia, justiça, beneficência seriam princípios devidamente atendidos (Massud, 2010).

Assim, O princípio da dignidade da pessoa humana é a fonte da qual irradiam valores que norteiam a formação dos princípios relativos a todas as espécies de direitos fundamentais, notadamente os chamados direitos civis, entre os quais se inserem os direitos à vida, à integridade física e psíquica, ao próprio corpo. Impor à mulher a continuidade da gestação de um feto anencéfalo é uma afronta a todos esses princípios (Fernandes, Sarmiento, e Piovesan, 2007).

Direito a não interromper a gestação

A partir de 2012, quando o Plenário do Supremo Tribunal Federal julgou procedente o pedido contido na ADPF (Arguição de descumprimento de preceito fundamental (Bodeus, 2007), todas as gestantes de fetos anencéfalos tem o direito de interromper a gravidez, sem necessidade de autorização judicial para isso, pois tal conduta não é tipificada como aborto (Borges, 2012). Ressalta-se, contudo, que isso não significa que a mulher é obrigada a interromper a gestação. A decisão do STF garante que a mulher tenha direito de escolher se quer ou não prosseguir com a gestação, respeitando-se tanto as que optarem por prosseguir com a gravidez quanto as que preferirem interrompe-la (Borges, 2012).

Situação que já era vivenciada em outros lugares. Em países da Europa ou da América do Norte, a Legislação já permitia que o casal pudesse escolher entre interromper ou não a gestação, quando o feto está gravemente acometido por afecção incompatível com a vida (Benute, et al., 2006). Leis vigentes em alguns países, como Portugal, consideram lícito interromper a gravidez em função do tempo de gestação e de recomendações médicas, psicológicas, sociais ou econômicas (Marques, 2010).

Apesar desse direito adquirido, muitas mulheres ainda preferem não realizar a antecipação do parto do feto anencéfalo. Muitas mães, mesmo sabendo que seu filho não terá vida, o espera, somente para ver seu rosto e aconchegá-lo mesmo que apenas por minutos, mesmo que por motivos morais ou religiosos também decida por não interromper a gravidez (Marques, 2006).

Embora não haja uma relação, trabalhos recentes chamam a atenção para a alta frequência de melancolia, sentimentos de culpa e diminuição de autoestima em mulheres que vivenciaram alguma situação de abortamento (Mariutti e Furegato, 2010; Mariutti, Almeida e Panobianco, 2007).

Em estudo realizado por Benute¹³³, as mulheres que provocaram o abortamento tenderam à crença de que no futuro teriam que ‘pagar’ de algum modo pelo ato cometido. Sinais de morbidade psicológica e sintomas de estresse pós-traumático também são observados após a interrupção da gestação por anomalias fetais (Benute, et al., 2006; Benute, et al., 2006; Davies, Gledhill, McFadyen e Whitlow, 2005). Muitas mulheres também sofrem da Síndrome pós-aborto, experimentando o luto incluso, uma dor negada quando uma morte real ocorreu¹³⁵. Muitas têm flashbacks da experiência do aborto e pesadelos sobre o bebê e até mesmo sofrimento no aniversário da morte (Mariutti e Furegato, 2013; Engelhard, Van Den Hout e Arntz, 2001).

Dentre os Efeitos psicológicos mais comuns em decorrência de aborto estão sentimentos de culpa, pesar, abandono, perda da fé, baixa estima pessoal, preocupação com a morte, hostilidade e raiva, desespero, desamparo, desejo de lembrar a data de nascimento, alto interesse em bebês, frustração do instinto maternal, mágoa e sentimentos ruins em relação às pessoas ligadas a situação, rejeição pelo parceiro, perda de interesse sexual, frigidez, incapacidade de se perdoar, nervosismos, pesadelos, tonturas, tremores e impulsos suicidas (Mariutti, Furegato, 2013; Broen et al., 2005; Justo e Calil, 2006; Andrade, Viana e Silveira, 2006; Bulacio, 2004).

Da mesma forma, o processo de internação hospitalar, a indução e interrupção da gestação são situações que envolvem sofrimento pessoal importante. A internação em enfermaria obstétrica propicia contato com gestações que terminaram em sucesso, o que desperta sentimentos mais intensos de fracasso e frustração, não pela interrupção em si, mas pela incapacidade sentida no gestar, pela ausência do filho imaginado, pelo filho perdido (Benute, et al., 2006).

Diante deste quadro clínico, e de acordo com suas convicções religiosas, éticas e morais – além da necessidade de decisão judicial, à gestante cabe a solução de um terrível dilema, de escolher se a gestação prosseguirá ou se, com vistas à sua saúde, integridade física e psíquica, deverá ser interrompida (Mingati, Góes e Costa, 2012).

Também é importante que não só a gestante, mas o casal seja reavaliado após o processo de interrupção da gravidez para que se possam identificar os processos psíquicos deste momento, identificando se há necessidade de acompanhamento psicológico para auxiliar na elaboração do luto e da situação vivida (Carmo, 2007).

Alguns exemplos e delineamentos sobre complicações da gravidez

A gestante de um feto anencéfalo é considerada portadora de uma gravidez de risco, já que pode evoluir com um ou mais dos distúrbios, trazendo graves danos à saúde mental da mulher o que resulta em dor e sofrimento (Marques, 2010; Penna, 2005 apud Pinotti, 2019).

As complicações maternas são claras e evidentes (Mansano, 2011):

- A manutenção da gestação de feto anencefálico tende a se prolongar além de 40 semanas;
- Sua associação com polihidrâminio (aumento do volume do líquido amniótico) é muito frequente;
- Associação com doença hipertensiva específica da gestação (DHEG).
- Associação com vasculopatia periférica de estase;
- Alterações do comportamento e psicológicas de grande monta para a gestante;
- Dificuldades obstétricas e complicações no desfecho do parto de anencéfalos de termo;
- Necessidade de apoio psicoterápico no pós-parto e no puerpério;
- Necessidade de registro de nascimento e sepultamento desses recém-nascidos, tendo o cônjuge que se dirigir a uma delegacia de polícia para registrar o óbito;
- Necessidade de bloqueio de lactação (suspender a amamentação);
- Puerpério com maior incidência de hemorragias maternas por falta de contratilidade uterina;
- Maior incidência de infecções pós-cirúrgicas devido às manobras obstetrícias do parto de termo;

Sabe-se ainda que cerca de 60% dos fetos com anencefalia morrem nos últimos meses de gestação, o que também representa um risco à saúde da mulher (Freitas et al., 2005). E cerca de 50% dos casos de anencefalia é acompanhado de polihidrâmnio, o que leva a dificuldade respiratória, hipotensão em decúbito dorsal, podendo ainda provocar ruptura uterina, embolia de líquido amniótico, descolamento placentário e atonia uterina pós-parto (Penna, 2005, apud Pinotti, 2019).

Quanto ao direito da saúde da mulher, com relação à interrupção da gestação nos casos de gravidez de feto anencéfalo, que não era aceito pela legislação brasileira e por esse motivo era considerado conduta criminosa no âmbito jurídico, não podia ser realizada em hospitais, da rede pública e privada, assim como também todo o atendimento médico e psicológico necessário ao seu restabelecimento ficava prejudicado⁴⁸. Tal fato levou muitas

mulheres à realização do aborto clandestino que, na maioria das vezes, ocorre em países em que as leis sobre aborto são muito restritivas e onde ele é considerado ilegal⁵⁷. Dentre as complicações decorrentes de abortos clandestinos, podem-se citar a eliminação parcial do feto, as infecções,

Lesões traumáticas como perfurações do útero, ferida das alças intestinais, infarto do útero e anexos (ovários, trompas de Falópio), intoxicações causadas pelas substâncias ingeridas para provocar o aborto, complicações renais e cardíacas (Correia, Divanise Suruagy et al., 2011; Corrêa e Freitas, 1997). Os riscos crescem com o avanço da gravidez e a morte da mulher é a complicação mais severa, todavia a histerectomia com consequente esterilização da mulher é também outra grave consequência dessa situação (Correia, Divanise Suruagy et al., 2011; Corrêa e Freitas, 1997). Dessa maneira, diversas mulheres, diante de uma gravidez não planejada e indesejada, recorrem a meios clandestinos para abortarem, colocando em risco a própria vida (Anjos, et al., 2013; Domingos e Merighi, 2010).

O aborto clandestino é um problema complexo de saúde que está articulado, dentre outros determinantes, com a ilegalidade do aborto seguro no Brasil, que reflete principalmente nas mulheres menos favorecidas, as quais não têm sua autonomia pessoal respeitada (Anjos, et al., 2013).

Ademais, é inquestionável que a saúde psíquica da mulher passa por graves transtornos após o diagnóstico da anencefalia, mostrando-se suficiente para criar, na mulher, uma grave perturbação emocional, que contagia a si própria e a seu núcleo familiar (Marques, 2009). A reação dos casais em face do diagnóstico pré-natal de uma anormalidade fetal pode envolver sentimentos de raiva, desespero, inadequação e distúrbios do sono e de alimentação (Benute, et al., 2006; Statham, Solomou e Chitty, 2000). São evidentes as sequelas de depressão, de frustração, de tristeza, de angústia e de dor suportadas pela mulher gestante que se vê obrigada à torturante espera do parto de um feto absolutamente inviável^{105, 130, 148}. (Benute, et al., 2006; Benute e Gollop, 2002).

Barroso (2002), conselheiro de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana (CDDPH), relatou que obrigar a mulher a levar uma gestação de feto anencéfalo adiante é uma espécie de tortura psicológica, de imposição de um castigo cruel, pois se impõem à mãe que ela porte por mais seis meses a frustração de não ter o filho que desejava, sendo isso um castigo cruel (Marques, 2010).

Estudos com entrevistas semiestruturadas demonstram que é difícil estabelecer padrões do modo como devem ser oferecidas as informações sobre o acometimento fetal,

reforçando a ideia da necessidade do atendimento multidisciplinar nesses casos (Moutard, Moutel, Francois, Fauriel, Feingold, Ponsot, et al., 2004). Ao receber o diagnóstico de malformação fetal, é esperado que as gestantes passem por períodos de dúvidas e questionamentos, buscando outras opiniões, para confirmar o diagnóstico recebido (Duailibi, Cabral, Vitral, Leite e Domont, 2003). Esses sentimentos comumente dizem respeito à ansiedade e apreensão (Ralston, Wertz, Chelmon, Craigo e Bianchi, 2001).

O enfrentamento da realidade nem sempre é processo de fácil elaboração, principalmente quando a normalidade não é diagnosticada (Benute, et al., 2006). O diagnóstico da má formação fetal é, sem sombra de dúvida, uma das experiências mais angustiantes que uma mulher grávida pode experimentar (Penna, 2005 apud Pinotti, 2019).

Nesse contexto estão em jogo a liberdade (autonomia da vontade), o direito à integridade física e psíquica, o direito à saúde, o direito à vida e à dignidade da gestante, todos de amplitude constitucional (Mingati, Góes e Costa, 2012).

A mulher gestante de feto anencéfalo tem o direito de decidir pela manutenção ou não da gravidez e tal decisão não ultraja a bioética e seus fundamentos (autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência) (Marques, 2009). Sendo assim, é tarefa indiscutível do direito assegurar à gestante de anencéfalo o seu direito de decidir pela preservação ou não do processo de gravidez (Marques, 2010).

Essa opção encontra assento em regras constitucionais bastante explícitas, tais como o direito à liberdade, em seu sentido mais amplo, o direito à autonomia da vontade, o direito à saúde e, sobretudo, o direito à dignidade da pessoa humana (Marques, 2010).

Qual seja a decisão da gestante e de seus familiares, o Estado tem de estar preparado para atendê-los com qualidade e presteza, devendo a mulher ser cuidada como gestante de risco em uma unidade de saúde que tenha aporte técnico e tecnológico para garantir seu tratamento e a recuperação da sua saúde (Marques, 2009).

Referências

Andrade LHS, Viana MC, Silveira CM. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiq Clínica*, 33(2): 43-54.

ANIS. (2004). *Anencefalia: o pensamento brasileiro em sua pluralidade*. Brasília: Letras Livres, p.74.

Anjos, KF et al.(2013). *Aborto no Brasil: A Busca por Direitos*.Saúde e Pesquisa. (1).

- Barroso, LR. (2002). *Temas de Direito Constitucional*. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar.
- Benute GR, Gollop TR. (2002). O que acontece com os casais após o diagnóstico de malformação fetal? *Femina*, 30(9):661-3.
- Benute, GRG et al. (2006). Termination of pregnancy after the diagnosis of lethal fetal malformation: emotional aspects. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(1):10-17.
- BENUTE, RG; Nomura, RMY; Pereira, PP; et. al. (2009). Abortamento Espontâneo e Provocado: Ansiedade, Depressão. E Culpa. *Rev Assoc Med Bras*, 55(3):322-7
- Bodeus, Richard. (2007). *Aristóteles - A justiça ea cidade*. Edições Loyola.
- Borges, SM. (2012). A Questão Da Interrupção Da Gravidez De Feto Anencéfalo No STF– Uma Análise Da ADPF 54. *Revista de Direito dos Monitores da Universidade Federal Fluminense*. 5(12):101-14.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Atenção humanizada ao abortamento: Norma Técnica*. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 2. ed ampliada. Brasília. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf.
- Brito, A; Costa, C. (2011). O direito fundamental ao aborto do feto anencéfalo salvador 2010. *Revista do Curso de Direito da UNIFACS*. p. 127.
- Broen AN et al. (2005). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *Bio Med Central Medicine* 2005; 3(18): 1-14.
- Bulacio JM. (2004). *Ansiedad, estrés y práctica clínica*. Buenos Aires: Libéria Akadia, 2004.
- Carmo, Jorge Ramalho (2007). *O processo de luto na interrupção de gestação por feto anencéfalo*. 2007
- Carvalho JMSM, Carvalho VS. Direitos humanos e autonomia da vontade da mulher: a liberdade sexual e reprodutiva e a problemática do aborto. *Revista Direito e Desenvolvimento, João Pessoa – a. 3, n. 6, p.82 - 110 jul/dez., 2012*.
- Corrêa S, Freitas A. (1997). Updating the data on voluntary interruption of the pregnancy in Brazil. *Estud Fem*. 5(2):389-95.
- Correia, Divanise Suruagy et al. (2011). Adolescentes estudantes: conhecimentos das complicações do aborto provocado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2011;32(3): 465.
- Davies V, Gledhill J, McFadyen A, Whitlow B, Economides D. Psychological outcome in women undergoing termination of pregnancy for ultrasounddetected fetal anomaly in the first and second trimesters: a pilot study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2005;25(4):389-92
- De Melo, MH. (2012). Anencefalia. *Revista Jurídica*. :9(8).

- De sousa, MH. (2010). Aborto e legislação: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 44(3):3.
- Diniz D. (2007). Aborto e saúde pública no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 23(9):1992-3.
- Diniz, D; Vélez, ACG. Aborto na suprema corte: o caso da anencefalia no Brasil. *Rev Estud Fem*. 2008;16(2):647-52.
- Domingos, SRF.; Merighi, MAB. (2010). O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. *Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro*. 14(1):177-180.
- Duailibi R, Cabral ACV, Vitral ZN, Leite HV, Domont RJ. (2003). Acompanhamento psicológico de mães de fetos malformados no Centro de Medicina Fetal da Universidade Federal de Minas Gerais. *Femina*. 31(1):27-30
- Engelhard IM, Van Den Hout MA, Arntz A. (2001). Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23(2): 62-6.
- Engelhard IM, Van Den Hout MA, Arntz A. (2001). Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *Gen Hosp Psychiatry*. 23(2): 62-6.
- Fernandes, M. C., Sarmiento, D., & Piovesan, F. (2007). Interrupção de gravidez de feto anencefálico: uma análise constitucional. *Nos limites da vida: aborto, clonagem humana, eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 111-158.
- Freitas, Ana C. de et al. (2005). Existe aborto de anencéfalos. *DireitoNet*, São Paulo, v. 18.
- Justo LP, Calil HM. (2006). Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Rev Psiq Clínica* 2006; 33(2): 74-9.
- Klasing, A. (2012). *Decisão do Supremo Tribunal Federal sobre Aborto é um Passo Positivo* avalia Human Rights Watch (HRW). *Católicas pelo Direito de Decidir*.
- Klasing, A. (2012). *Decisão do Supremo Tribunal Federal sobre Aborto é um Passo Positivo* avalia Human Rights Watch (HRW). *Católicas pelo Direito de Decidir*.
- Leiria, M. L. L. (2011). O direito à liberdade e à vida ea interrupção da gravidez por malformação fetal. *Revista do Tribunal Regional Federal*. 4:35-46.
- Mansano, J. (2011). Direitos do Nascituro. *Revista Espaço Acadêmico*. 11(121):99-107.
- Mariutti MG, Almeida AM, Panobianco MS. (2007). Nursing care according to women in abortion situations. *Rev Latinoam Enfermagem*. 15(1): 20-26.
- Mariutti MG, Furegato ARF. (2010). Fatores protetores e de risco para depressão em mulheres após o aborto. *Rev Bras Enferm*. 63(2): 183-189.
- Mariutti, MG; Furegato, ARF. (2013). Aborto, depressão, autoestima e resiliência: uma revisão *Saúde & Transformação Social*, 4(3):115-120.
- Marques, HS. (2006). *A Anencefalia e o direito da mãe de interromper a gestação*. trabalho de conclusão de curso. Presidente Prudente: Faculdades Integradas, Curso de Direito, Faculdade de Direito de Presidente Prudente.

Marques, JMS. (2010) Anencefalia: interrupção da gravidez é uma liberdade de escolha da mulher?. *Rev de Direito Sanitário*, 11(1): 151-164.

Massud, M. (2010). Anencefalia numa perspectiva ética. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2010;10(2):263-70.

Mingati, VS; Góes, WP; Costa, IG. (2012). The anencephalic fetus abortion and the constitutional issue. *Rev. bras. crescimento desenvolv. Hum*. 22(2):133-141.

Moutard ML, Moutel G, Francois I, Fauriel I, Feingold J, Ponsot G, et al. (2004). Prenatal diagnosis of cerebral malformation with an uncertain prognosis: a study concerning couple's information and consequences on pregnancy. *Ann Genet*. 47(1):41-51.

ONU. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*.

Penna, Maria Lúcia Fernandes (2005). Anencefalia e morte cerebral (neurológica). *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 15(1), 95-106, In: Pinotti, J. A. Anencefalia: Opinião. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/anencefalia2.htm>>. Acesso em 15.09.2019.

Ralston SJ, Wertz D, Chelmon D, Craigo SD, Bianchi DW. (2001). Pregnancy outcomes after prenatal diagnosis of aneuploidy. *Obstet Gynecol*. 97:729-33.

Rossier C. (2003). Estimating induced abortion rates: a review. *Stud Fam Plan*. 34(2):87-102.

SARLET, IW. (2007). As dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível. *Revista Brasileira de Direito Constitucional*. 9:361.

Seabra, LLP, da Silva, MP. (2013). Anencefalia e Aborto: A atual decisão do Supremo Tribunal Federal. *Caderno de Ciências Humanas e Sociais Aplicadas*, 1(01).

Statham H, Solomou W, Chitty L. Prenatal diagnosis of fetal abnormality: psychological effects on women in low-risk pregnancies. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2000;14(4):731-47

Tessaro, A. (2006). *Aborto, bem jurídico e direitos fundamentais* [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia universidade católica do Rio Grande do Sul; 2006.



How to cite this article (APA format):

Castro, Eveline Oliveira Girão; Lóssio Neto, Cláudio Couto; Melo, Antonio Marlos Duarte de; Gonçalves Júnior, Jucier; Farias, Athena de Albuquerque (2019). Difficulties and Rights of Women in Pregnancy of Anencephalic Fetuses. *Am. In. Mult. J.*, October. (7) 4, 23-36.

Received: 09/12/2019

Accepted: 10/10/2019