

Aspectos médicos e psicológicos de grávidas portadoras de feto anencefálico

Medical and psychological aspects of pregnant women carrying anencephalic fetus

Michelle Hamú da Silva¹
Marilei Francisca S. Rodrigues²
Waldemar Naves do Amaral³

Palavras-chave

Anencefalia
Aborto
Psicologia
Obstetrícia

Keywords

Anencephaly
Abortion
Psychology
Obstetrics

Resumo

O presente artigo aborda o fenômeno da anencefalia, malformação fetal caracterizada como incompatível com a vida, a partir das perspectivas médica e psicológica. Trata-se de um tema que tem despertado interesse na Medicina Fetal, dado a necessidade de possibilitar à gestante de feto anencefálico intervenções que minimizem o sofrimento ocasionado por tal diagnóstico. Para tanto, o texto discute a questão da interrupção da gestação nesses casos, apontando posições contrárias e a favor dos procedimentos vigentes na sociedade contemporânea, e que acabam por influenciar a tomada de uma decisão pelos pais, não apenas de maneira cognitiva, mas também psicoemocional. Em seguida, são apresentados os aspectos médicos e psicológicos que envolvem o diagnóstico de anencefalia, bem como possibilidades de intervenção e a importância do acompanhamento multidisciplinar da mulher durante todo o processo, desde o diagnóstico, durante a decisão de interromper ou continuar com a gestação, e até o puerpério.

Abstract

This article addresses the phenomenon of anencephaly, fetal malformation characterized as incompatible with life, from medical and psychological perspectives. It is an issue that has aroused interest in Fetal Medicine, given the need to allow the mother of an anencephalic fetus an intervention to minimize the suffering caused by such diagnosis. The paper discusses the issue of pregnancy termination in these cases, pointing out positions for and against the procedure, that prevail in contemporary society, and ultimately influence a decision by the parents, not just cognitively, but also psychoemotional. Medical and psychological aspects involving the diagnosis of anencephaly are discussed and possibilities of intervention and the importance of multidisciplinary monitoring of women during the entire process, from diagnosis, during the decision to stop or continue with the pregnancy until puerperium.

¹ Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Goiás (UFG); Membro do Ambulatório de Anomalias Fetais do Hospital das Clínicas da UFG – Goiânia (GO), Brasil.

² Psicóloga responsável pelo Serviço de Psicologia da Ginecologia e Obstetrícia do Hospital da UFG; Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde, Eixo Psicologia, do Hospital das Clínicas da UFG – Goiânia (GO), Brasil.

³ Professor Doutor Adjunto III e Chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFG – Goiânia (GO), Brasil.

Endereço para correspondência: Waldemar Naves do Amaral – Alameda Coronel Joaquim Bastos, 243 – Setor Marista – CEP: 74175-150 – Goiânia (GO), Brasil – E-mail: waldemar@sbus.org.br
Conflito de interesse: não há.

Introdução

O aborto, ou seja, a privação do nascimento, é uma questão polêmica na sociedade contemporânea. É possível perceber a ausência de um consenso sobre sua legalização, importância, aplicabilidade, quando deve ser permitido ou não, entre outros. Há os que defendem o direito da mulher de escolher o que fazer com seu corpo e os que lutam, pautados por valores morais e religiosos, pelo direito à nova vida que está sendo formada.

Na maioria dos países desenvolvidos, o aborto é permitido pela legislação quando necessário para salvar a vida da gestante, para preservar sua saúde física ou mental, em gestação resultante de estupro ou incesto, em casos de anomalia fetal, por motivos econômicos ou sociais ou por solicitação da mulher. Já no Brasil, desde 1940, o Código Penal estabelece que o aborto praticado a partir de intervenção médica, é permitido somente em caso de gestação que traga risco de vida à mãe, ou que seja decorrente de estupro. Os casos que não se incluem nos descritos acima são passíveis de punição, contudo, tal fato não tem erradicado os abortos ilegais que ainda acontecem no país¹ (B).

Atualmente, a discussão sobre o aborto na sociedade brasileira tem avançado para outra questão: sua permissão nos casos de anencefalia, malformação fetal incompatível com a vida, caracterizada pela ausência parcial ou total do cérebro no feto gerado, aprovada pelo Supremo Tribunal Federal, em julho de 2004. Para que a interrupção seja autorizada judicialmente, é necessária a confirmação do diagnóstico através de três ultrasonografias, a avaliação psicológica da mãe e o consentimento de ambos os pais. Entretanto, essa permissão não foi totalmente aceita pela sociedade, suscitando grandes embates, ora pautados pela cientificidade da medicina, ora conduzidos pela moral e pela religiosidade.

A interrupção da gravidez de feto anencefálico não é considerada prática abortiva de acordo com a literatura médica e jurídica do tema, mas sim uma intervenção terapêutica, já que nesses casos trata-se de um feto com vida extrauterina inviável. Porém, em alguns textos, esse tipo de intervenção é apontada como prática abortiva e, por isso, os termos interrupção da gestação e aborto poderão aparecer como sinônimos neste artigo²⁻⁴ (D, C, C).

Dentro desse contexto, o presente estudo tem por objetivo identificar os aspectos médicos e psicológicos que envolvem o diagnóstico de anencefalia e propor formas de intervenção. Pretende, ainda, discutir sobre a importância do acompanhamento multidisciplinar dessas mães durante todo o processo, desde o diagnóstico até a decisão de interromper ou continuar com a gestação, internação hospitalar e recuperação. Apesar do foco

na mulher, também serão apresentadas algumas considerações a respeito do casal que vivencia essa situação, dada a importância do homem, que é o companheiro dessa gestante e pai desse bebê, durante todo o processo.

O presente trabalho torna-se relevante tendo em vista a pouca produção nacional sobre o assunto e a crescente necessidade de capacitação profissional de médicos e psicólogos para atuarem frente às demandas peculiares da mulher, principalmente em fase gestacional e diante de um diagnóstico que abala seus desejos, crenças e fantasias acerca do filho gerado.

Metodologia

Foram pesquisados artigos científicos publicados sobre o tema em bases de dados nacionais, como Scientific Electronic Library (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e internacionais, como *Public Medline* (PubMed). Dos 59 artigos rastreados, foram selecionados 12 que versavam sobre a questão do aborto seletivo no Brasil, seguido do tema da anencefalia e dos aspectos médicos e psicológicos que envolvem tal diagnóstico. Também foram utilizados oito livros considerados relevantes e atuais no campo da Medicina Fetal e da Psicologia da Gravidez. A busca pelas referências foi realizada de agosto a dezembro de 2011.

Foram utilizadas combinações das palavras anencefalia, aborto, psicologia e obstetrícia. Todos os artigos encontrados, independente da data de publicação, tiveram seus resumos lidos e agrupados em duas categorias: leitura necessária e leitura opcional. Priorizaram-se os trabalhos mais recentes, selecionando-se as melhores evidências científicas disponíveis, as quais foram classificadas de acordo com seu nível e grau de recomendação.

Anencefalia: a visão científica e religiosa sobre a interrupção da gestação

De acordo com a perspectiva científica, a maioria dos fetos anencefálicos morre durante a gestação, ocorrendo alguns casos em que permanecem vivos até o nascimento. Quando isso ocorre, eles poderão apresentar respiração espontânea e algumas respostas reflexas, como a de sucção, contudo, permanecendo inconscientes e necessitando de cuidados intensivos. Ainda que sobrevivam às primeiras horas, para alguns autores, grande parte deles irá a óbito dentro de dois dias do nascimento, sendo que nenhum sobreviverá além de duas semanas⁵ (C).

Dessa forma, defende-se que não há sobrevida em casos de anencefalia real, mas sim em outras anomalias, e as explicações biológicas para tal fato são claras e precisas, já que sem o encéfalo não há estruturas importantes como o hipotálamo, tálamo, cerebelo e núcleos da base, necessários para o controle da maioria

das funções vitais do organismo⁵ (C). Nesses casos, fala-se em morte neurológica, o que já é considerado um consenso na classe médica, conforme aponta pareceres do Conselho Regional de Medicina (CRM) e do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o assunto⁶ (C).

Outros pontos levantados a favor da interrupção da gestação, no caso de anencefalia, estão relacionados aos riscos de complicações obstétricas que são significativamente aumentados nessas situações. Entre as possíveis intercorrências negativas estão o polihidrâmnio, o desenvolvimento de doenças hipertensivas e as complicações no momento do parto, que tem seu tempo médio aumentado, já que o feto não possui os ossos da cabeça necessários para empurrar o colo do útero e promover a dilatação para o nascimento⁷ (C).

Em contrapartida, a questão da interrupção da gestação gera críticas contrárias ao ato, pautadas principalmente pelos valores defendidos pela religião, em especial, a católica. Em nota publicada no site da Conferência Nacional dos Bispos no Brasil (CNBB), os representantes da instituição se colocaram contrários à legalização do aborto de fetos anencefálicos e defenderam que, ainda nessas situações, não deve ser diminuída a dignidade da vida humana em gestação² (D).

Para os representantes da Igreja Católica, a vida é um dom, ainda que breve, e há enorme diferença entre a morte natural e a morte provocada, o que está intimamente relacionado ao mandamento dado por Deus de 'Não matarás', contido no livro do Êxodo, capítulo 20, versículo 13. Nessa perspectiva, todos têm direito à vida e a legislação não pode tornar lícito um ato que seja ilícito. Sendo assim, não se podem aceitar exceções diante da possibilidade de eliminação de um ser humano, pois abortar um feto anencefálico é decretar a morte de alguém indefeso e frágil² (D).

Ainda em defesa da não interrupção da gestação, é possível citar o Catecismo da Igreja Católica, livro de importância semelhante à Bíblia para os seguidores da instituição religiosa, o qual aponta que todo ser humano tem direito à vida e, desde o momento da concepção, a vida humana deve ser respeitada e protegida. O texto sagrado defende ainda que o diagnóstico pré-natal deva ser usado visando o respeito à vida. Portanto, são lícitas apenas as intervenções sobre o embrião humano que visem sua sobrevivência ou cura, sem que a ele sejam impostos riscos desproporcionados⁸ (D).

A gestação de fetos anencefálicos na perspectiva médica

A anencefalia é uma malformação fetal caracterizada pela presença da base do crânio e ausência da calota craniana e hemisférios cerebrais, levando a progressiva destruição da massa

encefálica em razão de sua exposição ao líquido amniótico⁹ (C). Ela é resultante da falha de fechamento do tubo neural em sua extremidade céfalica¹⁰ (C) e configura-se como a anomalia mais comum que acomete o sistema nervoso fetal¹¹ (C).

Com relação à incidência, diferentes autores apontam que a anencefalia ocorre em 1 a cada 1.000 gestações, com maior predominância em fetos do sexo feminino. Ela pode ser diagnosticada basicamente através do exame de ultrassonografia a partir da 10^a semana e com maior precisão a partir da 13^a semana de gestação¹⁰⁻¹² (C).

No exame de ultrassonografia, é possível identificar, na maioria dos casos, a ausência do crânio com preservação de sua base, a proeminência das órbitas oculares e a inexistência dos hemisférios cerebrais⁹ (C). Apesar do significado do termo anencefalia estar relacionado à ausência do cérebro, esses fetos apresentam algum tecido neural. Outros sinais que ajudam no diagnóstico são a presença de polihidrâmnio, membros inferiores aumentados e aumento nos níveis de alfa-fetoproteína no soro materno e no líquido amniótico¹⁰ (C).

Entende-se que a anencefalia é uma patologia multifatorial e que seu desenvolvimento sofre a influência de diferentes agentes teratogênicos como radiação, sulfonamidas e salicilatos. Contudo, acredita-se que o principal agente causador da anomalia seja a deficiência de vitaminas, especialmente o ácido fólico, durante a gestação^{10,11} (C).

O feto anencefálico pode apresentar outras malformações associadas, tais como a mielomeningocele, em cerca de 30% dos casos, ou malformações viscerais e faciais. Entretanto, como a anencefalia configura-se como uma patologia de caráter grave e letal, o estudo das malformações associadas desperta pouco interesse dos profissionais de saúde. Contudo, tal conhecimento torna-se relevante tendo em vista o aconselhamento genético posterior da gestante/casal que se encontra diante dessa realidade e que desejam engravidar novamente¹⁰ (C).

O diagnóstico correto da anencefalia se faz importante não somente para possibilitar a escolha pela interrupção ou manutenção da gestação, mas também para o preparo dos pais e equipe de saúde para o enfrentamento de problemas ocasionados durante a gestação e nascimento¹¹ (C).

A gestação de fetos anencefálicos na perspectiva psicológica

A mulher passa por fases adaptativas durante a gravidez e, além das representações mentais, outros fatores estão associados na sua adaptação à maternidade, como a trajetória obstétrica, a paridade, idade, relacionamento com os pais, antecedentes familiares, relacionamento conjugal, fatos da vida, história psiquiátrica, entre outros¹³ (C).

Durante a gestação, é comum que os pais fantasiem e imaginem como será o seu bebê, geralmente caracterizado obedecendo todos os padrões de perfeição. Entretanto, em alguns casos, após os exames de pré-natal, o bebê fantasiado é substituído pelo diagnóstico de malformação fetal¹³ (C).

Há certo consenso de que um dos temores mais comuns durante a gestação é o da possibilidade real, ainda que de baixa incidência, de uma malformação fetal^{14,15} (C). Entretanto, a formação de uma anomalia no bebê tem repercussões diferentes para cada mulher, o que está muito relacionado ao tempo e grau de investimento na gestação¹³ (C).

Fato é que, comumente, tal notícia pode ocasionar um processo disruptivo na gestante, dada a sua vulnerabilidade devido às mudanças internas e externas do período gestacional. Além do mais, essa experiência traumática pode não ter fim com o término da gravidez, vindo a influenciar todo o processo reprodutivo da mulher. Dessa forma, é comum que ela evite nova gestação ou vivencie uma futura gravidez marcada por intensa ansiedade¹³ (C).

Identifica-se, ainda, que em uma gravidez com diagnóstico de anomalia fetal é comum experiências de forte ansiedade materna, o que pode ser eliciador de estados depressivos, marcados por sentimentos como raiva, medo, tristeza e variações do humor que dificultam o enfrentamento por parte da mulher de todas as questões gestacionais¹⁶ (B).

No caso de uma malformação incompatível com a vida, como a anencefalia, além da tarefa de aceitar o diagnóstico, a mulher precisa passar pela difícil decisão de seguir ou não com uma gravidez que lhe é anunciada como inviável. Se optar pela interrupção, ainda terá que enfrentar a constrangedora situação de buscar na justiça esse direito, drama frequente no Brasil, havendo a possibilidade de que ocorra a negação do seu pedido³ (C).

A intervenção médica e psicológica junto à grávida de feto anencefálico

Diante de um diagnóstico de malformação fetal, o médico pré-natalista pode solicitar a avaliação de um profissional especialista em medicina fetal, já que é comum surgir na mulher, nesse momento, inúmeras dúvidas que exigirão esclarecimentos e orientações mais precisas¹⁷ (C).

O médico deve indicar também a realização de ultrassonografia morfológica com profissional especializado, a fim de verificar a associação com outras alterações estruturais, o que permite distinguir malformações simples de síndromes cromossômicas. Em casos de associação de alterações congênitas com suspeita de síndrome, sugere-se à mulher a realização de exames invasivos (biópsia de vilos coriais, amniocentese e cordocentese), para coleta

de material fetal destinado à realização de estudo cromossômico. O diagnóstico correto é de extrema importância, pois permite definir a evolução fetal¹⁷ (C).

A confirmação do diagnóstico de anencefalia pode ser fonte de angústia, tanto para o médico, quanto para a paciente, dado a inviabilidade extrauterina do feto. Nesses casos, cabe ao médico a responsabilidade de informar a gestante, ou o casal, sobre as características da malformação e sua letalidade em 100% dos casos¹⁸ (C). É importante pontuar que nenhuma abordagem terapêutica pode melhorar o prognóstico do feto e que há, nesses casos, possibilidade de interrupção da gestação¹⁷ (C).

Após essa orientação, a equipe médica precisa oferecer à mulher tempo necessário para uma elaboração consciente do problema, o que possibilita a tomada de uma decisão segura, seja pela interrupção ou pela manutenção da gestação. Não cabe ao médico impor ou manifestar sua opinião, constituindo-se como um elemento complicador na escolha. Nos dois casos, o médico deve proporcionar a gestante o encaminhamento para um acompanhamento multidisciplinar até o parto e puerpério, o que envolve principalmente atendimento psicológico e aconselhamento genético¹⁸ (C).

Quando a mulher opta pela interrupção da gestação, o médico deve orientá-la a solicitar judicialmente alvará de autorização do procedimento. Para tanto, ela irá necessitar de laudo médico que descreva com detalhes a patologia, três exames ultrassonográficos que confirmem a malformação e laudo psicológico que ateste sua capacidade de decisão e estrutura emocional para a vivência desse momento¹⁸ (C).

Após a autorização, a mulher deve ser internada em hospital para iniciar o processo de indução do parto através do uso de drogas indutoras da contratilidade uterina. É frequente o uso de misoprostol via vaginal, sonda de Fowley intracervical ou ocitocina, conforme conduta da instituição e a evolução do caso em questão. Após a interrupção da gestação, a conduta médica deve ser pautada no bloqueio da lactação e consultas de revisão de parto¹⁸ (C). A mulher também deve ser orientada a realizar aconselhamento genético antes de nova tentativa de gravidez e a fazer uso de ácido fólico de 30 a 60 dias antes da nova fecundação como terapêutica preventiva⁹ (C).

Nos casos em que a gestante decide pela manutenção da gestação, o médico deve voltar toda a sua atenção para o cuidado com a mesma, desconsiderando o feto que é inviável, já que esse tipo de gravidez pode apresentar algumas complicações maternas, aborto espontâneo ou óbito fetal antes de completar o tempo gestacional¹⁰ (C).

O psicólogo que se propõe a acompanhar uma gestante de feto anencefálico deve estar atento para o fato de que, logo após

o recebimento do diagnóstico, é comum um estado de choque na mulher e, portanto, um desejo de livrar-se logo de uma situação tão incômoda, o que frequentemente é manifesto pelo pedido de interrupção da gestação. Porém, somente após esse período de choque inicial, negação da realidade e revolta, comuns nessa situação, é que a mulher é capaz de atingir a aceitação e resignação que lhe permite tomar uma decisão de maneira autônoma e consciente. Se a decisão de prosseguir ou interromper a gestação é tomada no momento correto, minimiza-se a possibilidade de arrependimento posterior, bem como de transtornos psicológicos¹⁹ (C).

Os instrumentos de trabalho do psicólogo são a entrevista psicológica e a psicoterapia de apoio, que objetivam levar a mulher a sair desse estado de choque inicial e a entrar em contato com seus sentimentos e pensamentos, para assim ter condições emocionais para tomar uma decisão. Portanto, a assistência psicológica não deve indicar ou opinar na decisão da mulher, mas sim adaptar-se à escolha tomada com base em suas crenças, convicções e estrutura de personalidade¹⁹ (C).

Para atingir tal condição de escolha, a gestante precisa encontrar, bem como seu companheiro ou familiar, um ambiente seguro e acolhedor, no qual não sinta medo de represálias e que facilite a verbalização e reflexão de sentimentos, preocupações, significações, crenças e necessidades pessoais. Antes de tudo, ela deve ser respeitada, evitando-se juízos de valor, independente de sua decisão, diminuindo assim possíveis sentimentos de culpa¹³ (C).

Diante do diagnóstico de inviabilidade fetal é comum respostas de dor e incapacidade dos pais de compreenderem todas as informações, dado esse estado de choque inicial, o que torna importante a conduta de dar, aos mesmos, tempo para assimilarem tal realidade e oportunidade de novas orientações sempre que sentirem necessidade²⁰ (C).

Sendo assim, uma intervenção significativa do psicólogo durante o período de decisão é a orientação. As informações fornecidas devem ser neutras, equilibradas e completas, evitando qualquer tentativa de influenciar sua escolha, permitindo a mulher avaliar as consequências dos dois caminhos que pode seguir. Deve-se evitar um discurso que faça ligação direta entre malformação e aborto e sempre oferecer a possibilidade de que ela busque uma segunda opinião, seja médica ou psicológica, bem como de outros especialistas para obter visão mais completa do problema²¹ (B).

É indispensável falar abertamente de tudo que influencia a decisão, sejam aspectos profissionais, questão financeira, relacionamentos, idade, religião, opiniões de outras pessoas, a própria opinião, a representação do que é um feto e das consequências

físicas e psicológicas de prosseguir ou interromper a gestação. Também se faz relevante levar a mulher a projetar para o futuro as consequências de sua decisão, seja ela qual for⁴ (C).

Quando a mulher opta pela interrupção da gestação, faz-se necessário um preparo psicológico para vivenciar essa situação. Esse consiste basicamente na utilização da psicoterapia breve com foco no desligamento da relação mãe-feto, o que favorece o preparo para o procedimento, bem como previne reações emocionais como depressão pós-parto e psicose puerperal. O desligamento do feto é visualizado através de alguns sinais verbais como o interesse por rituais de luto, a capacidade de imaginar-se sem a barriga de grávida e a possibilidade de pensar o futuro sem a criança gerada¹⁹ (C).

É importante incluir nesse momento a orientação da gestante sobre o método de indução do parto, a possibilidade de dor e formas de alívio, a eliminação do corpo do feto, a lactação e possíveis sintomas físicos. Também é importante trabalhar a questão de ver ou não o feto após o nascimento, orientar sobre reações emocionais comuns ao processo de elaboração do luto e preparar para a vivência de uma futura gestação²⁰ (C). Durante a internação hospitalar, cabe ao psicólogo realizar atendimento diário a essa mulher e, ainda que a elaboração da perda fetal seja rápida, recomenda-se acompanhamento psicológico durante os três meses iniciais pós-interrupção¹⁹ (C).

É interessante que a assistência psicológica aconteça durante a hospitalização, já que essa pode propiciar o contato da gestante com outras parturientes e seus bebês, o que desperta sensação de fracasso e frustração, o que está muito relacionado ao sentimento de incapacidade de gestar ou devido ao filho perdido²² (B).

Para a mulher que opta continuar com a gestação, também é indicado acompanhamento psicológico, visando um trabalho psicoprofilático. O objetivo é propiciar a vivência emocional adequada desse momento, que não necessariamente precisa ser de, apenas, sofrimento. Muitas mulheres conseguem encontrar sentido no fato de prosseguirem com a gestação, mesmo diante da inviabilidade do feto, e devem ser respeitadas na sua vontade de continuarem grávidas¹⁹ (C).

Sabe-se que nesses casos é comum que a mulher nutra certa esperança de que algo aconteça e mude a realidade do feto e, portanto, o segundo objetivo do acompanhamento psicológico para as mulheres que prosseguem com a gravidez é prepará-las para o enfrentamento do luto, não permitindo que a esperança se transforme em negação da realidade. Para tanto, é necessário deixar que a mulher desfrute da sensação de estar grávida; porém, pontuando, em todas as sessões, sobre a impossibilidade de sobrevivência do feto. Um terceiro objetivo é a prevenção da depressão pós-parto

ou da psicose puerperal. Também nesses casos recomenda-se acompanhamento psicológico durante internação, visando os mesmos objetivos descritos acima, e durante os três meses seguintes ao parto¹⁹ (C).

Considerações finais

O presente estudo permite apontar que as principais discussões em torno da anencefalia estão relacionadas à possibilidade de interrupção da gestação, o que levanta posições contrárias e a favor do procedimento, geralmente pautadas em concepções médicas ou religiosas. Permite ainda afirmar que a gestante de feto anencefálico precisa receber acompanhamento multiprofissional, que abranja principalmente atendimento médico, psicológico e aconselhamento genético. Cabe ao médico pré-natalista, após a confirmação do diagnóstico, orientar a paciente sobre a possibilidade de escolher pela interrupção da gestação e manter o acompanhamento médico, qualquer que seja a decisão, até o parto e puerpério.

O acompanhamento psicológico deve proporcionar a essa mulher um espaço acolhedor, no qual possa se expressar sem receios e

preconceitos, a fim de chegar a uma decisão autônoma e consciente, com maior probabilidade de elaboração. Aconselha-se que tal acompanhamento também seja mantido, qualquer que seja a decisão, até o parto e puerpério. As principais técnicas utilizadas são entrevista psicológica, apoio psicológico e terapia breve focal.

O presente estudo se fez relevante porque ainda há poucos estudos sobre os aspectos médicos e psicoemocionais da mulher portadora de feto anencefálico que se vê diante da difícil decisão de prosseguir ou não com a gestação. Além disso, ressalta-se aqui a crescente necessidade de capacitação profissional de médicos e psicólogos para atuarem frente às demandas peculiares da mulher, principalmente em fase gestacional e diante de um diagnóstico de malformação fetal incompatível com a vida.

Este trabalho não teve a pretensão de esgotar a discussão sobre o assunto da anencefalia. Antes, buscou-se oferecer um apanhado sobre o que já foi produzido a respeito do tema, discutindo sobre a importância, limites e possibilidades da intervenção do médico e do psicólogo frente ao fenômeno da malformação fetal, a fim de contribuir com a formação de profissionais da saúde que são chamados a atuar diante de tal situação, e apontar para a necessidade de maior produção científica na área.

Leituras suplementares

- Duarte GA, Osís MJD, Faúndes A, Sousa MH. Aborto e legislação: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(3):1-15.
- Conferência Nacional dos Bispos do Brasil. Nota da CNBB sobre aborto de feto "anencefálico". 2008 [cited 2011 Aug 12]. Available from: <http://www.cnbb.org.br/site/imprensa/sala-de-imprensa/notas-e-declaracoes/1434-nota-da-cnbb-sobre-aborto-de-feto-anencefálico>.
- Nascimento MN, Harada GM. Anencefalia: sofrimento de um diagnóstico. *Rev Cient Eletr Psicologia*. 2005;III(4):1-7.
- Patrão I, King G, Almeida M. Interrupção voluntária da gravidez: intervenção psicológica nas consultas prévias e de controle. *Rev Análise Psicológica*. 2008;26(2):349-54.
- Massud M. Anencefalia numa perspectiva ética. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2010;10(2):263-70.
- Penna MLF. Anencefalia e morte cerebral (neurológica). *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2005;15(1):95-106.
- Santos MAS. A (in)constitucionalidade da interrupção terapêutica de gestação de fetos anencefálicos. *Rev Direitos Fundam Democr*. 2010;7(7):119-53.
- Catecismo da Igreja Católica. São Paulo: Edições Loyola; 2000, parágrafos 2270 a 2275.
- Carvalho MHB, Brizot ML, Zugaib M. Malformações do sistema nervoso central. In: Pastore AR, Cerri GG (Eds). *Ultra-sonografia em Ginecologia e Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Revinter; 2006. p. 209-20.
- Isfer EV, Sanchez RC. Sistema nervoso central. In: Isfer EV, Sanchez RC, Saito M (Eds). *Medicina Fetal, diagnóstico, pré-natal e conduta*. Rio de Janeiro: Revinter; 1996. p. 83-117.
- Bunduki V, Requeijo MJR, Pinto FCG. Defeitos de fechamento do tubo neural. In: Zugaib M, Liao AW, Brizot ML, Carvalho MHB, Bunduki V (Eds). *Medicina Fetal*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2011. p. 367-75.
- Toi A. A cabeça e o cérebro do feto. In: Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW (Eds). *Tratado de ultra-sonografia*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006. p. 1237-70.
- Antunes MSC, Patrocínio C. A malformação do bebê: vivências psicológicas do casal. *Psic, Saúde & Doença*. 2007;8(2):239-52.
- Soifer R. Ansiedades específicas da gravidez. In: Soifer R. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 21-49.
- Maldonado MTP. Aspectos psicológicos da gravidez, do parto e do puerpério. In: Maldonado MTP. *Psicologia da gravidez*. São Paulo: Saraiva; 2002. p. 13-100.
- Vasconcelos L, Petean EB. O impacto da malformação fetal: indicadores afetivos e estratégias de enfrentamento das gestantes. *Psic, Saúde & Doenças*. 2009;10(1):69-82.
- Hisaba WJ, Borges FH. Assistência ao feto com anomalia. In: Bortoletti FF, Moron AF, Filho JB, Nakamura UM, Santana RM, Mattar R (Eds). *Psicologia na prática obstétrica*. São Paulo: Manole; 2007. p. 324-7.
- Carvalho FHC, Santana RM, Moron AF, Bortoletti FF. Interrupção de gestações com fetos inviáveis. In: Bortoletti FF, Moron AF, Filho JB, Nakamura UM, Santana RM, Mattar R (Eds). *Psicologia na prática obstétrica*. São Paulo: Manole; 2007. p. 332-4.
- Bortoletti FF, Silva MSC, Tirado MCBA. Assistência psicológica em medicina fetal. In: Bortoletti FF, Moron AF, Filho JB, Nakamura UM, Santana RM, Mattar R (Eds). *Psicologia na prática obstétrica*. São Paulo: Manole; 2007. p. 61-6.
- 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.
- Moutard ML, Moutel G, François I, Fauriel I, Feingold J, Ponsot G. Prenatal diagnosis of cerebral malformation with an uncertain prognosis: a study concerning couple's information and consequences on pregnancy. *Ann Genet*. 2004;47(1):41-51.
- Benute GRG, Nomura RMY, Lucia MCS, Zugaib M. Interrupção da gestação após o diagnóstico de malformação fetal letal: aspectos emocionais. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(1):10-7.