

Documento Científico



SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

OS DIREITOS DO NASCITURO

Texto divulgado em 02/03/23

Relator*

Mário Roberto Hirschheimer

Revisores*

Franco Mautone Júnior

Claudio Barsanti

Núcleos de Estudos de Bioética, dos Direitos da Criança e do Adolescente e da Violência contra Crianças e Adolescentes da Sociedade de Pediatria de São Paulo.

Nascituro é o ser humano concebido que ainda não nasceu e que passa por algumas fases desde a fecundação até o nascimento com vida.

Embrião: o período embrionário começa 24 horas após a união entre o óvulo e o espermatozoide e a gravidez se inicia após 6 a 12 dias, com a implantação do embrião no útero (nidação), quando ele começa a crescer e a se desenvolver.

Feto: o período fetal ocorre a partir da 8ª semana de gravidez, quando o nascituro possui todos os órgãos (ainda não completamente desenvolvidos) e começa a formar os membros, sendo considerado feto até nascer.

Documento Científico



Objetivo

Este documento tem a intenção de integrar os conhecimentos médicos, jurídicos e de gestão à sensibilidade ética e humanitária numa única abordagem.

Considera que conhecimentos científicos devem gerar tecnologias para facilitar a vida ou criar métodos de pensamento para a convivência em sociedades diversificadas e têm a finalidade de nortear a adoção de condutas para atingir determinados fins.¹

Leva em consideração a “ética da responsabilidade”, que diz respeito à responsabilidade pessoal dos nossos atos profissionais ou funcionais, diferente da “ética da convicção”, relativa às escolhas de caráter pessoal, zelando por uma doutrina.²

Início da vida humana

Questões relacionadas à vida humana recebem várias abordagens, com significados e concepções diferentes para cada pessoa, pois envolvem múltiplos aspectos:

- Médicos / Biológicos
- Jurídicos / Legais
- Religiosos / Espirituais
- Filosóficos / Existenciais
- Místicos / Sobrenaturais

A dificuldade está em tratar questões relacionadas à vida e à morte como fenômenos puramente biológicos. Aspectos institucionais, jurídicos, sociais, culturais e religiosos se “intrometem” e complicam a situação. Dada a diversidade de concepções, é difícil um consenso de quando a vida humana se inicia. Mundo afora encontramos várias formas de pensamento sobre o início da vida.

Documento Científico



No judaísmo (segundo a Torá) e no cristianismo, a vida se inicia a partir da fecundação, embora haja textos talmúdicos que defendem que o corpo só recebe a alma após 40 dias de gestação. Já pela religião islâmica, a alma se incorpora à matéria na 12ª semana de gestação.

Sob a ótica médico-biológica, baseada na definição amplamente aceita da morte encefálica, há o conceito de que a atividade encefálica é que determina a existência da vida. Controvérsias estão relacionadas ao início desta atividade: a partir de duas semanas de gestação, quando alguns feixes de tecido neuronal começam a surgir; com 16 semanas, quando o cérebro já está bem esboçado anatomicamente ou com 28 semanas, quando o feto inicia sua relação com os sentidos, como dor, tato, etc.

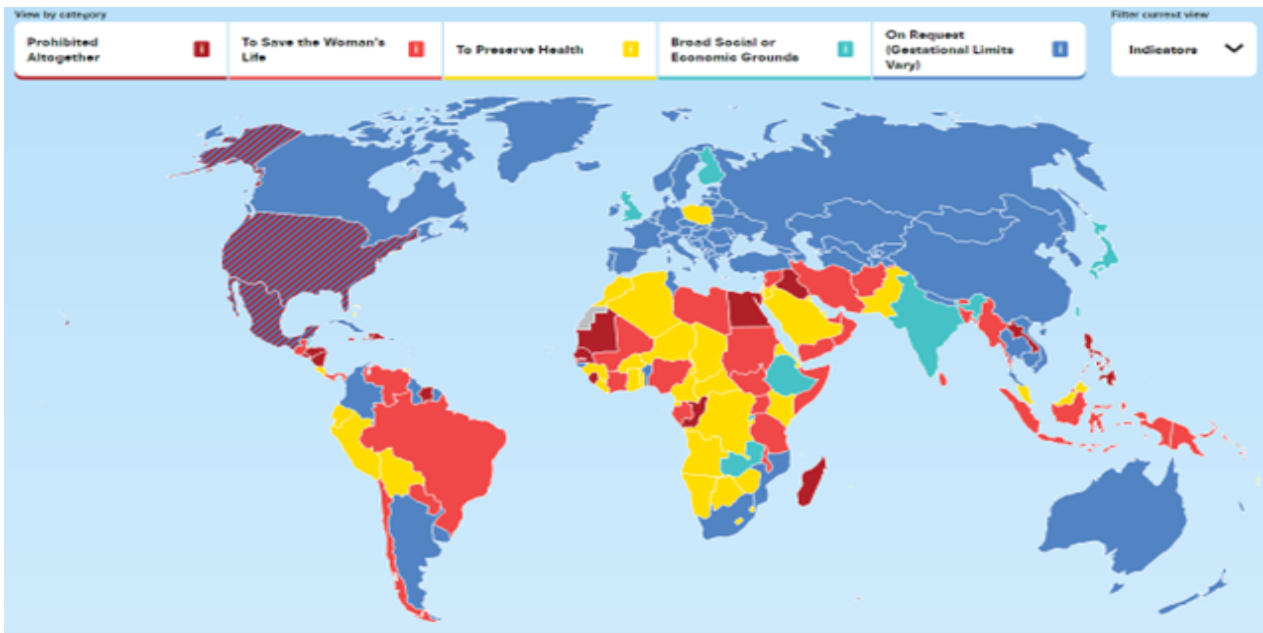
Para os que adotam esse conceito, há o argumento de que, segundo a decisão proferida pelo Supremo Tribunal Federal na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54, em abril de 2012, a prática do aborto de anencéfalos é reconhecida devido à atipicidade da conduta, que se daria em cumprimento a uma interpretação constitucional do Código Penal, sob o argumento de que a morte encefálica tornaria a remoção do feto indiferente, pois que não haveria vida humana com a ausência de atividade cerebral.³

Direitos inerentes à personalidade

Os direitos inerentes à personalidade envolvem questões polêmicas e complexas, com divergências entre profissionais da saúde e do direito, com padrões religiosos, morais e culturais diferentes.

A figura abaixo mostra a diversidade de legislações nos países ao redor do mundo em julho de 2022. Em muitos deles, a legislação é alvo de frequentes alterações.⁴

Documento Científico



Fonte: The Center for Reproductive Rights. Disponível em: <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>. Acesso em 07/07/2022.

Os movimentos contra o aborto (*pró-vida*) defendem que os embriões já têm autonomia orgânica, mesmo antes da formação do SNC, já que são dotados de carga genética diferenciada em relação aos doadores dos gametas. Em contrapartida, o movimento favorável à descriminalização do aborto argumenta que se a personalidade acaba com a interrupção da atividade encefálica, o início da personalidade humana se principia com o início da atividade encefálica.

Ao redor do mundo, as correntes doutrinárias predominantes são:

- **Doutrina concepcionista** (adotada na Convenção Americana de Direitos Humanos/Pacto de São José da Costa Rica, de 1992, ratificada pelo Brasil).⁵

Segundo esta doutrina, os direitos do nascituro existem desde quando ocorre a fecundação. Assim, o aborto, o DIU e a contracepção de emergência (dependendo da fase do ciclo ovulatório) seriam “atentados contra a vida”.

Documento Científico



Entretanto, os avanços da medicina reprodutiva, com a fecundação “*in vitro*”, trazem conflitos e dilemas para os adeptos desta doutrina, considerando que há a necessidade da implantação do embrião no útero (nidação) para viabilizá-lo, a menos que seja criopreservado. Este embrião pré-implantado pode ser considerado pré-nascituro (diferente do nascituro pós-implantado)?⁶

- **Teoria condicional** (adotada no Código Civil Brasileiro, de 2002).⁷

Segundo esta teoria, a personalidade se dará a partir do nascimento, mas retroage à concepção, admitindo que a personalidade do nascituro se encontra em “estado potencial”. Assim, os direitos deste se iniciam quando ocorre a nidação (gravidez), sendo o aborto um “atentado contra a vida”, mas o DIU, que impede a nidação, não.

- **Doutrina natalista** (adotada pela Convenção Europeia dos Direitos dos Homens, de 1995).⁸

Segundo esta doutrina, a personalidade é adquirida após o nascimento com vida e confere ao nascituro uma situação pendente, que somente se efetivará com o nascimento. Para os adeptos dessa doutrina, o aborto não é considerado um atentado contra a vida.

A personalidade jurídica de uma pessoa, ou seja, a cidadania, ocorre com o nascimento com vida, extingue-se com a morte e tem implicações práticas complexas quanto aos direitos civis (posse, herança, indenizações, etc.) dos nativos em relação aos natimortos.

No Brasil, o nascimento com vida se caracteriza por qualquer sinal de vida (como vagido, movimento respiratório, inalação do ar até os pulmões, etc.), ainda que breve ou por pouquíssimos momentos.⁹

Surge daí uma questão: como interpretar juridicamente o resultado sem sucesso ou com sucesso efêmero da reanimação neonatal, quando se insufla ar para os pulmões?

O **início da personalidade jurídica** é um tema complexo, muito debatido e diz respeito a questões filosóficas e não à questão biológica do início da vida humana.

Documento Científico



No Brasil, a despeito da literalidade do art. 2º do Código Civil (que condiciona a aquisição de personalidade jurídica ao nascimento), o ordenamento jurídico aponta sinais de que não há essa indissolúvel vinculação entre o nascimento com vida e o conceito de pessoa, de personalidade jurídica e de titularização de direitos.

A especial proteção conferida à gestante, assegurando atendimento pré-natal (art. 8º do ECA), visa garantir o direito à vida e à saúde do nascituro.

É direito do nascituro receber doação, herança e de ser curatelado (arts. 542, 1.779 e 1.798 do Código Civil).⁷

A lei 11.804/2008, cuja titularidade é na verdade do nascituro e não da mãe, disciplina o direito de alimentos da mulher gestante, compreendendo os valores suficientes para cobrir as despesas adicionais do período de gravidez (da concepção ao parto) e dela decorrentes: assistência médica e psicológica, exames complementares, internações, parto, medicamentos e demais prescrições preventivas e terapêuticas indispensáveis, a juízo do médico, além de outras que o juiz considere pertinentes. Os alimentos de que trata este artigo referem-se à parte das despesas que deverá ser custeada pelo futuro pai, considerando-se a contribuição que também deverá ser dada pela mulher grávida, na proporção dos recursos de ambos. Convencido da existência de indícios da paternidade, o juiz fixará “alimentos gravídicos” que perdurarão até o nascimento da criança. Após o nascimento com vida, os “alimentos gravídicos” ficam convertidos em pensão alimentícia em favor do menor, até que uma das partes solicite a sua revisão.

Pode-se dizer que o ordenamento jurídico brasileiro como um todo alinha-se mais à teoria concepcionista para a construção da situação jurídica do nascituro e que a proteção que lhe concede alcança o natimorto no que concerne aos direitos da personalidade, tais como: nome, imagem e sepultura.

Documento Científico



SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

Acompanhamento pré-natal

O acompanhamento pré-natal adequado é um direito das gestantes e nascituros. O diagnóstico de qualquer agravo à saúde fetal faz parte desse acompanhamento.

A investigação do bem-estar fetal é impositiva e requer, no mínimo, os procedimentos diagnósticos de investigação (exames laboratoriais e de imagem) previstos na publicação “Atenção ao pré-natal de baixo risco” do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (versão mais recente de 2012).¹⁰

Procedimentos para o diagnóstico pré-natal¹¹

A primeira ultrassonografia obstétrica deve ser realizada entre a 10^a e a 13^a semanas e no mínimo deve se repetir entre a 20^a e a 24^a semanas.

São possíveis exames laboratoriais de sangue materno para triagem diagnóstica de defeitos no tubo neural, como alfafetoproteína entre a 15^a e 20^a semanas da gestação.¹²

O diagnóstico pré-natal compreende todos os métodos de investigação do bem-estar fetal. Inclui exames bioquímicos e de imagem, amniocentese, cordocentese, biópsia de vilosidade coriônica e qualquer outro procedimento que tenha este mesmo intuito.

A amniocentese, a cordocentese e a biópsia de vilosidade coriônica são exames invasivos que objetivam a obtenção de células fetais para serem analisadas por meio de técnicas de citogenética clássica ou de biologia molecular. Tais procedimentos trazem um risco de perda fetal em torno de 0,5% a 1%,¹³ pelo que vem sendo gradualmente substituído pelo NIPT – Teste Pré-Natal Não Invasivo realizado no sangue da gestante a partir da 10^a semana de gravidez, com 99,8% de confiabilidade.

Quando há suspeita de alguma doença genética, a obtenção de células fetais permite o diagnóstico pré-natal. Por exemplo, nos casos de idade materna avançada, onde o risco de não disjunção cromossômica é elevado, é possível a realização do cariótipo a partir de células fetais que

Documento Científico



estão no líquido amniótico obtidas por amniocentese. Na suspeita de doença monogênica específica, o diagnóstico pode ser feito por meio da pesquisa de mutações no gene responsável por ela; as hemoglobinopatias podem ser diagnosticadas intraútero com sangue obtido por cordocentese.

O NIPT está particularmente indicado nas gestantes que apresentam maior risco de cromossomopatias: idade materna de 35 anos ou mais, alterações na ultrassonografia sugestivas de cromossomopatias, gestação anterior acometida por cromossomopatia, pais com translocação robertsoniana (uma forma de rearranjo dos cromossomos) balanceada com risco de trissomias do cromossomo 21 ou do cromossomo 13, alterações dos cromossomos sexuais (X0, XXY, XXX e XYY).

As doenças que o NIPT detecta são:

- Trissomia do cromossomo 21 (síndrome de Down);
- Trissomia do 18 (síndrome de Edwards);
- Trissomia do 13 (síndrome de Patau);
- Alterações dos cromossomos sexuais: monossomia do X (síndrome de Turner), XXY (síndrome de Klinefelter), XXX e XYY.

O teste ampliado verifica a possibilidade de síndromes genéticas mais raras como:

- Deleção 1p36
- Síndrome de Angelman (microdeleção 5p11.2)
- Síndrome de Cri-Du-Chat (microdeleção 5p15.2)
- Síndrome de DiGeorge (microdeleção 22q11.2)
- Síndrome de Wolf-Hirschhorn (microdeleção 4p16.3)

Poucos questionam os exames e procedimentos necessários ao diagnóstico pré-natal quando há indicações médicas. A discussão maior está nas indicações não médicas: seleção de sexo da criança sem indicação médica; teste de paternidade; testes de compatibilidade para doação de órgãos e tecidos

Documento Científico



(quando a gestante já tem um filho doente e engravida novamente na esperança de que este filho possa ser doador para aquele).

Diagnóstico pré-natal

O acompanhamento pré-natal adequado é um direito que toda gestante tem. O diagnóstico de malformações ou de qualquer outro agravo à saúde fetal faz parte deste acompanhamento.

Não podemos nos esquecer de que diagnóstico pré-natal é apenas um dos determinantes da saúde da criança. Fatores peri e pós-natais são mais importantes. As causas genéticas não são as maiores causas de morte fetal ou neonatal no Brasil.

O que fazer diante do diagnóstico de uma anomalia fetal?¹⁴

A disponibilidade de terapêutica intraútero mudou o dilema ético que envolvia o diagnóstico pré-natal. Se antes havia duas possibilidades frente ao diagnóstico de uma anomalia fetal: o remorso (do aborto) e o sacrifício (de cuidar da criança com deficiência), agora, mesmo que em apenas alguns casos, há a esperança (intervenções para preservação de órgãos e funções) até poder realizar a correção definitiva.

Quando a gestante se manifesta contrária ao aborto, os exames para obtenção de células fetais trariam algum benefício?

O diagnóstico pré-natal de doenças fetais deve ser executado somente por razões relevantes à saúde do feto (para detectar circunstâncias genéticas ou malformações fetais). Inclui esclarecimentos sobre os riscos dessas doenças e o apoio social e psicológico para as famílias de risco para malformações fetais. Não pode ser obrigatório, respeitando-se a autonomia da gestante, exceto nas gestações com suspeita diagnóstica de doenças fetais para as quais o tratamento precoce é disponível, com evidentes benefícios ao nascituro.

Documento Científico



Questões práticas

Os diagnósticos pré-natais podem apresentar resultados falso-positivos e falso-negativos (mais frequentes). Síndromes genéticas que apresentam poucos desvios fenotípicos ou com comprometimento predominantemente neurológico dificilmente são detectadas pelas técnicas atuais de diagnóstico intraútero.

Quando há suspeita de uma doença genética específica, há técnicas de investigação capazes de identificar a mutação, mas é necessário saber que:

- A penetrância do gene pode ser incompleta (nem todos que têm o gene mutado vão ter a doença);
- A expressividade da doença pode ser variável (pessoas diferentes com o mesmo gene mutado podem ter quadros clínicos diversos);
- Quando não há suspeita de uma doença genética específica, a pesquisa de mutações pode ser, no momento, inviável.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma ser o diagnóstico pré-natal importante, pois em alguns casos possibilita o tratamento intraútero; auxilia a preparação do casal e a equipe médica para o nascimento da criança portadora de anomalias congênitas, que necessitará de cuidados especiais; possibilita o diagnóstico de anomalias incompatíveis com a vida, mesmo que não se vá realizar o aborto, evitando que a gestante seja submetida a procedimentos que possam pôr em risco sua saúde, fecundidade ou vida.

A OMS defende que, nos países nos quais o aborto não é criminalizado, o Estado deva disponibilizá-lo para todas as gestantes quando detectada alguma anomalia fetal incompatível com a vida extrauterina até a 24ª semana de gestação, com atendimento médico. Tal disponibilização deve ser gratuita, sob risco de torná-lo inacessível aos mais pobres.¹⁵

Documento Científico



Conflitos e dilemas

Ao se questionar o direito de mães abortarem fetos malformados, deve-se ponderar que a maior parte dos cuidados dessas crianças recai sobre elas: é frequente causa de separação do casal o nascimento de crianças deficientes, ficando as mesmas sob responsabilidade materna que, além de todo o cuidado, precisam trabalhar para sustento de ambas. Essa pressão, muitas vezes, predispõe à violência doméstica contra a criança.

No Brasil, a interrupção da gestação quando do diagnóstico de anomalias incompatíveis com a vida extrauterina (exceto anencefalia) requer autorização judicial. Quando a opção for a manutenção da gestação até o termo, a criança pode ser entregue voluntariamente pela gestante/mãe para adoção, evitando o aborto. Entretanto, a adoção é muito menos provável quando a criança é portadora de deficiências.

O papel do pediatra frente ao diagnóstico pré-natal

Após o diagnóstico da presença de uma anomalia intraútero, toda a equipe deve se reunir para definir a acurácia do mesmo e suas implicações para a gravidez, parto e para os cuidados pós-natais.

É importante orientar os pais quanto à participação deles nos cuidados do seu filho. Eles devem ser esclarecidos quanto às possibilidades terapêuticas, aos riscos e benefícios de cirurgias, aos cuidados pré e pós-operatório, da existência (ou não) de tratamentos alternativos, informando-os sobre os custos, o período de internação provável, o prognóstico e os riscos dos procedimentos que poderão ser necessários (RCP, VPM, NPP etc.).

O parto deve ser programado para ocorrer em um centro terciário, para evitar a necessidade de remoção do recém-nascido.

Em caso de aborto espontâneo ou morte do recém-nascido, os pais devem ser orientados quanto à necessidade de necropsia (principalmente em casos de doenças genéticas sem etiologia definida).

Documento Científico



Programas de prevenção de malformações

O Estado deve disponibilizar programas de prevenção de malformações que compreendam:

- Imunização das futuras gestantes ainda no período pré-puberal/puberal, como contra a rubéola, por exemplo;
- Educação em planejamento familiar e disponibilização de meios de anticoncepção, respeitando a escolha da pessoa baseada em suas convicções éticas, morais, sociais, religiosas ou filosóficas;
- Serviços de atendimento genético, particularmente para casos de idade materna avançada, casais consanguíneos e de familiares de portadores de doenças com malformações, cromossômicas e metabólicas congênitas;
- Assistência pré-natal, no mínimo como recomendado pelo Ministério da Saúde já citado;
- Consultas pediátricas como integrante do pré-natal, no mínimo como recomendado pela SBP, a partir da 33ª semana de gestação.¹⁶

Prevenção e combate aos maus-tratos contra o nascituro, o recém-nascido e a criança

O acompanhamento pré-natal inadequado é uma forma de violência contra a nascituro por negligência, seja por falta ou falha de políticas de Estado, seja por desinteresse e até desprezo ou aversão à gravidez/nascituro pela mãe/pai, o que pode levar até ao abandono do recém-nascido.

As tentativas malsucedidas de aborto e o uso de drogas ou álcool durante a gestação são formas de violência física contra o nascituro.

Durante o atendimento pré-natal, é importante ficar atento aos indicadores de risco de maus-tratos contra o recém-nascido e a criança, tais como:

- gravidez indesejada;
- ocultação de gravidez;

Documento Científico



- tentativa de aborto;
- desejo de doar o filho;
- responsável único sem suporte emocional ou financeiro mínimo;
- desajustes sérios entre os genitores, conflitos familiares;
- história de doença mental ou distúrbios emocionais;
- uso de drogas ilícitas e álcool;
- antecedentes de comportamentos violentos;
- história pessoal de vitimização.

A identificação destes indicadores requer abordagem multiprofissional e eventual encaminhamento para serviços de atendimento e apoio psicossocial.

Entrega voluntária do recém-nascido para adoção (parto anônimo ou nascimento anônimo)

A entrega voluntária do RN para adoção é prevista no artigo 19-A do ECA: *“a mulher que antes ou logo após o parto manifestar seu interesse de entregar o filho para a adoção será informada de todo o procedimento e consequências jurídicas e assistida por uma equipe interdisciplinar. Em relação à guarda, o genitor é o primeiro a ser ouvido e, se não houver interesse, a família extensa da criança será consultada; caso não seja encontrada, a criança será encaminhada ao procedimento comum de adoção”*.

Tal entrega tem o potencial de preservar a felicidade de pelo menos quatro pessoas (a mãe biológica, o recém-nascido e o casal que deseja adotar) e pretende evitar o aborto, o infanticídio e o abandono do recém-nascido. O anonimato da mãe seria garantido, assim como integral assistência pré-natal e ao parto, não só quanto ao bem-estar físico da gestante e do nascituro, como também quanto ao bem-estar psicossocial, por meio de equipes multiprofissionais. É importante que os dados dessa mulher (e do outro genitor, se possíveis de obter) sejam sigilosamente registrados, mas que possam ser

Documento Científico



usados exclusivamente em situações-limite, como prevê o artigo 47, parágrafo 4º, do Estatuto da Criança e do Adolescente.¹⁷

A entrega voluntária de crianças recém-nascidas para adoção é disciplinada pelo Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento do Conselho Nacional de Justiça.¹⁸

A mulher deve manifestar interesse em realizá-la a qualquer momento da gestação até 45 dias após o parto. Após este prazo, será necessário procedimento normal de destituição do poder familiar, mais moroso e complexo.

Deve ser iniciada na Vara de Infância e Juventude mais próxima da moradia da gestante/puérpera. Após a acolhida e a confirmação do interesse da mulher em entregar o filho à adoção, deve ser verificada a existência de pai conhecido ou registral ou família extensa. O tempo de arrependimento é de 10 dias.

Qualquer profissional a quem a mulher comunicar o interesse em fazer a entrega voluntária do nascituro/filho para adoção deve priorizar tal atendimento e qualquer pessoa que encontrar um recém-nascido em abandono deve encaminhá-lo a um hospital ou posto de saúde. A unidade de saúde onde um recém-nascido em abandono for entregue deverá, no prazo máximo de 24 horas, informar o fato à Vara de Infância e Juventude mais próxima. A preferência para adoção é da família natural, extensa ou ampliada, mas no caso de desconhecimento da procedência familiar, a predileção para adoção passa a ser da pessoa que encontrou a criança.

A adoção legal que sucede a entrega voluntária é a concretização da dignidade da criança, no direito de ser cuidada e educada no seio de uma família, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral.

Documento Científico



Comentários finais

A realização do diagnóstico pré-natal é um direito da mãe e do nascituro e um dever do médico, mas a decisão sobre a realização de qualquer procedimento durante o atendimento pré-natal é, a princípio, da gestante. O médico não precisa necessariamente concordar com ela, mas sim compreender esta decisão sem recriminá-la, esclarecendo a responsabilidade de ambos (gestante e médico) em relação ao conceito.

No Brasil é a família, e não o Estado ou a sociedade, que assume a responsabilidade e o ônus do deficiente. O Estado se omite duplamente: praticamente não existe informação dos riscos à disposição da população e é reduzida a disponibilidade dos exames necessários ao diagnóstico precoce. O problema atinge mais as famílias com menos condição de arcar com o ônus do deficiente, que têm menos acesso à informação quanto aos exames especializados e a maior parte das empresas de saúde complementar não assegura cobertura à criança que nasce com problema herdado ou congênito. Assim, o profissional da saúde deve enfrentar o dilema de indicar um exame capaz de revelar um diagnóstico desfavorável mesmo estando “de mãos atadas”, pois a lei não lhe permite agir se a família optar pela interrupção da gravidez. Por outro lado, é improvável que a criança nascida com problema receberá algum tipo de apoio para reabilitação ou adaptação à sociedade. De todos os lados a equação é perversa!¹⁹

É importante incentivar o diálogo e a cooperação entre governantes, legisladores, juristas, pacientes e familiares de pacientes, comunidade científica e médica, líderes religiosos e comunitários e outros segmentos sociais interessados, a fim de estabelecer políticas sociais e culturalmente aceitáveis que maximizem os benefícios relacionados à saúde dos nascituros.¹⁵

Documento Científico



SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

A Sociedade de Pediatria de São Paulo destaca que diagnósticos e terapêuticas publicados neste documento científico são exclusivamente para ensino e utilização por médicos.

Referências Bibliográficas

1. Weber M. A ciência como vocação. In: Gerth HH, Mills CW. [Org.]. Max Weber – Ensaios de sociologia - 3ª edição. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1997:154-83.
2. Weber M. A política como vocação. In: Weber M. Ciência e política, duas vocações. São Paulo: Cultrix, 1972:55-124.
3. Brasil, Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>.
4. The Center for Reproductive Rights. Disponível em: <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>. Acesso em 07/07/2022.
5. Brasil, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d0678.htm.
6. Luna N. A personalização do embrião humano. MANA 2007;13(2):411-440. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mana/a/9WhsL9nHNLK8HH35hpkrw9m/>. Acesso em 07/07/2022.
7. Brasil, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm

Documento Científico



8. European Court of Human Rights Council of Europe. Convenção Europeia dos Direitos do Homem. Disponível em: https://echr.coe.int/documents/convention_por.pdf. Acesso em 07/07/2022.
9. Zainaghi MA. Os meios de defesa dos direitos do nascituro. São Paulo: LTr, 2007, 142 p.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
11. Kopelman BI, Cano EM. Diagnóstico pré-natal e a atuação do pediatra. In: Constantino CF, Barros JCR, Hirschheimer MR (editores). Cuidando de crianças e adolescentes sob o olhar da ética e da bioética. São Paulo: Editora Atheneu, 2009:303-12.
12. Pinho Jr W. Diagnóstico pré-natal. Ciência & Saúde Coletiva. 2002;7(1):139-154. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8PprNGXyNc4rF8VkwMMy65M/?format=pdf&lang=pt>
13. Gollop TR. Aborto por anomalia fetal. Bioética 1994;2(1):67-73.
14. Carnevale A, Lisker R, Villa AR, Armendares S. Attitudes of Mexican geneticists towards prenatal diagnosis and selective abortion. Am J Med Genet 1998;75:426-31.
15. Organização Mundial de Saúde. Conclusion, principles, and recommendations. In: World Health Organization. Medical genetic services in developing countries - The Ethical, Legal and Social Implications of genetic testing and screening – Human Genetics – Chronic Diseases and Health Promotion, Genebra, 2006, pg 78-81. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43288/924159344X_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial. A consulta pediátrica pré-natal. Manual de Orientação nº 1, abril de 2020. Disponível em:

Documento Científico



https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22375c-ManOrient_-_ConsultaPediatica_PreNatal.pdf

17. Gozzo D. Nascimento anônimo: em defesa do direito fundamental à vida. Revista Mestrado em Direito Osasco. 2006;6(2):123-37.
18. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 289 de 14/08/2019. Dispõe sobre a implantação e funcionamento do Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento – SNA e dá outras providências. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao_289_14082019_15082019141539.pdf
19. Gollop TR. Ainda o aborto (legítimo) em razão de anomalia fetal. Boletim IBCCRIM. São Paulo há, 1994;12:7.

*Relator:

Mário Roberto Hirschheimer

Pediatria – Endocrinologia e Terapia Intensiva Pediátricas.

Presidente do Núcleo de Estudos da Violência Contra Crianças e Adolescentes da SPSP.

Vice-presidente do Núcleo de Estudo da Bioética da SPSP.

*Revisores:

Franco Mautone Júnior

Advogado. Professor convidado do *CEU Law School*. Professor de Legislação Penal Especial do curso de Pós-Graduação à distância em Direito Penal e Direito Processual Penal da USCS. Professor de Direito da Mundi – Cursos e Aviação. Professor de Direito Penal do CESDH. Especialista em Direito Empresarial, Direito Constitucional, Direito de Família e Sucessões pelo CEU-IICS.

Documento Científico



Claudio Barsanti

2º Vice-presidente da Sociedade de Pediatria de São Paulo.

Presidente do Núcleo de Estudos de Direitos da Criança e do Adolescente da SPSP.

Coordenador das Campanhas da Sociedade de Pediatria de São Paulo da SPSP.