



EXCELENTÍSSIMA SENHORA MNISTRA RELATORA DA ADPF 442

O Conselho Nacional do Laicato do Brasil na Arquidiocese de Aracaju-SE (CONAL), vem, respeitosamente, através de seus representantes abaixo identificados, cumprindo ao despacho proferido no mês de abril de 2018, apresentar sua manifestação contrária ao pedido formulada pelo PSOL na ADPF 442, pelas razões a seguir expostas:

Argumentações da Área das Ciências da Saúde contrárias aos tópicos relacionados na vestibular da ADPF 442

I - A questão do início da vida de um ser humano

Todos os dados científicos apontam que a vida humana tem início no momento da concepção. Sob ótica oposta, nunca se apresentou qualquer dado científico demonstrando que haja outro marco, afora o da junção entre um óvulo e o espermatozoide humanos para formar o zigoto, de início da vida.

Essa junção gera uma nova célula, única, em que metade dos seus cromossomos vem da mãe e a outra metade do pai. O conhecimento de que a gravidez decorre da combinação entre o espermatozóide e o óvulo é proveniente de meados do século 19 conceito que permanece inalterado em sua essência até os dias de hoje. De fato, o que vem aumentando significativamente é o detalhamento deste processo, com produção de numerosos trabalhos experimentais, cada vez mais profundos. Atualmente, com as diferentes técnicas moleculares vem se comprovando mais e mais a autonomia do zigoto, embrião e feto, com desenvolvimento definidos, frutos de uma complexa dinâmica estrutural e principalmente fundada no seu material genético.

A hipótese de que a vida humana se iniciaria na “formação do sistema nervoso central e da presença de rudimentos da consciência” – o que **geralmente** se dá após o terceiro mês de gestação - **não encontra qualquer base científica**. A própria afirmação já demonstra isto ao remeter-se ao referencial biologicamente existente, quando cita “o



terceiro mês de gestação”. Ninguém – nem mesmo os defensores da nova definição – pode conceber um experimento em que um feto de mais de seis centímetros (seu tamanho aos 3 meses) seja a estrutura inicial surgida após a união entre o espermatozóide e o óvulo. Este experimento nunca aconteceu. A opinião de algum especialista que arbitram, por seu juízo particular, que a vida humana começaria com a formação do sistema nervoso central, na presença de rudimentos da consciência ou de algum outro parâmetro, não passa de visão filosófica-ideológica da vida, que deve ser respeitada mas não possui qualquer evidência científica.

Alguns arbitram que o início da vida se daria em outros momentos, como, por exemplo, o **início do desenvolvimento do sistema nervoso central** através da visualização histológica da placa neural, que aparece na **terceira semana** de gravidez, o que já seria bem diferente da proposta anterior.

Tal proposição é lançada como consequência da aceitação, no âmbito dos transplantes de órgãos, que a morte do conjunto das células do encéfalo, para um indivíduo já nascido, equivaleria à morte clínica, a despeito de sua respiração e batimentos cardíacos poderem ser sustentados artificialmente. Essa realidade precisa ser compreendida: Em verdade, **é a irreversibilidade que faz com que o critério de morte encefálica possa ser utilizado como equivalente ao da morte clínica**, classicamente definida pela ausência de batimentos cardíacos e movimentos respiratórios. **Caso a situação da morte encefálica fosse reversível ou mutável, o critério não poderia ser utilizado.**

Inversamente à situação da morte encefálica, e voltando para as crianças intra-uterinas, as etapas a partir da formação do zigoto caracterizam-se pelo surgimento de uma dinâmica contínua, sendo o minuto atual diferente do anterior e do subsequente, fenômeno completamente diverso de algo irreversível ou imutável.

Por isto, não faz qualquer sentido procurar relação entre o início da visualização histológica da placa neural e o início da vida. Em outras palavras, a vida se iniciou no momento em que o zigoto, a primeira célula do indivíduo, caracterizada por um dinamismo sem igual e que contém as informações de todas as outras, foi constituída. Naturalmente, **o sistema nervoso que está no zigoto não será visível** ao microscópio óptico, mas tão somente com outras ferramentas em desenvolvimento por



conta da extrema complexidade e linguagem ainda não decifrada desta célula inicial do ser humano.

Ademais, a **visualização microscópica do tecido nervoso como um tecido específico se dá com o advento da placa neural, por volta do 18º dia** de vida embrionária e **o início da formação do córtex cerebral – corticogênese - a partir da quinta semana de vida do embrião, já estando, entretanto, presente antes, no código genético das células progenitoras**, muito antes do 90º dia, que **arbitrariamente** tem sido veiculado como limite para o aborto (MEYER e col., 2000).

Relativamente à consciência no feto em desenvolvimento, trata-se de um assunto extremamente complexo, em que podem ter lugar várias hipóteses, dentre elas a de Merkel, que, baseado em uma lógica filogenética, refere que o núcleo da consciência primitiva se situaria na porção superior do tronco encefálico/diencéfalo, abaixo dos hemisférios cerebrais, **podendo**, portanto, em função de sua localização, estar presente, **em tese**, mesmo em caso de meroanencefalia.

Compor-se-ia de um conjunto de estruturas que formariam o núcleo de um sistema de controle que, por sua vez, guiaria a motivação comportamental e o processo decisório em relação ao ambiente externo ao corpo. O sistema seria coroado por uma superposição laminar dos centros de sentido espaciais na porção mais alta do mesencéfalo, que teria uma função de registro intra-modal e estabilizadora, para produzir a síntese de uma realidade espacial global, servindo de alvo e objetivo para as decisões relacionadas e funções de controle.

O mapa seria complementado pelo espaço visual-auditivo nas camadas do *tectum- collicus*, pelo conjunto de núcleos mesopontinos, pelo sistema periaquedutal talâmico da motivação e expressão emocional, pelo sistema nigral condutor de prioridades derivadas do corpo estriado e, por último, pela zona incerta que funcionaria como monitor central para a resolução de conflitos residuais. Todas essas estruturas constituiriam nos mamíferos o arcabouço do mecanismo de consciência (*awareness*) (MERKER, 2007).

Em outros termos, adentrar na área da corticogênese e da consciência primitiva fetal, ainda em franca expansão de conhecimento, fruto dos avanços da biologia



molecular, está completamente fora de proporção à questão do simples direito à vida de um ser humano, cujo início, **incontestavelmente, do ponto de vista científico, dá-se no momento da concepção.**

Por outro lado, é progressivamente maior o entendimento de que embora dependa nutricionalmente da mãe o ser humano em fase embrionária tem uma comprovada autonomia em seu desenvolvimento, tal como um dia já aconteceu com a própria mãe que o gesta. Estudos em modelos experimentais em ratos têm contribuído para a compreensão dos acontecimentos no embrião humano. Assim, por exemplo, no embrião de duas células já é possível prever qual célula irá contribuir em maior proporção para a futura região do blastocisto e a respectiva cavidade e qual dará origem ao embrião propriamente dito, em nível da chamada massa celular interna (PIOTROWSKA e col., 2001). Também foi demonstrado que a primeira clivagem do zigoto contribui para a quebra da simetria do embrião gerando blastômeros com diferentes características de desenvolvimento (PLUSA e col., 2005). Tem sido proposto que as células precursoras do trofoectoderma, que originará a futura placenta, são separadas das células pluripotentes que gerarão o embrião em si desde o primeiro momento (MORRIS e col., 2010). Também, as células do endoderma primitivo, desde antes da implantação uterina, são temporal e especialmente distintas dos epiblastos pluripotentes que darão origem ao embrião propriamente dito.

Neste contexto, têm sido cada vez mais revelados complexos mecanismos envolvendo fatores de transcrição, fatores polarizadores e cascatas sinalizadoras (BRUCE E ZERNICKA – GOETZ, 2010). Mais recentemente, foi comprovado *in vitro* que a definição do eixo Ântero-Posterior do embrião (Eixo A-P), crucial para o desenvolvimento das camadas germinativas, dá-se a partir da sinalização estabelecida pelo Endoderma Visceral Distal (DVE) em processo independente do tecido materno. Os autores enfatizam as propriedades auto-organizacionais do embrião, caracterizando sua autonomia (BEDZHOV e col., 2015).

Nota-se, portanto, que embora se queira estrategicamente deslocar o fulcro desta complexa questão para a situação da mulher, na realidade o **verdadeiro fulcro é o ser humano em sua fase inicial de existência** – inclusive da própria mulher - fase essa pela qual todos nós, sem exceção, um dia já passamos e todos os outros seres humanos ainda não existentes não de passar. Uma vez destruído o embrião ou feto, não haverá as



subsequentes fases da vida daquele ser humano: o neonato(a), a criança, o(a) adolescente, o adulto(a) ou o idoso(a).

Por outro lado, é **importante esclarecer uma diferença entre uma eventual opinião - mesmo de um especialista - e um fato cientificamente estabelecido**, fruto da observação e da experimentação reprodutível, como é a verdade científica de que a vida de um novo ser humano inicia-se na concepção, conforme está descrito nos textos clássicos de Embriologia Humana.

Ainda imprescindível situar-se em relação a um eventual viés na opinião, pois para o acolhimento ético da própria afirmação em si a questão de um potencial conflito de interesse deve ser logo dirimida. Explica-se:

É preciso saber se quem emite a opinião tem algum interesse no resultado da sua aplicação. Nesse caso, em nome da liberdade de expressão não seria impedida de opinar, mas o conflito de interesse deveria ser explicitamente declarado, sobretudo quando a manifestação se faz perante a Suprema Corte, para colaborar com a decisão que será tomada.

Portanto, se a tese do novo início da vida, que tem influência sobre condutas contrária à vida daqueles que se veriam excluídos do novo conceito, gerar benefício para quem advoga a tese, o conflito de interesse deve ser declarado, pois este viés empobrece a pureza científica da pretensa tese e isto, em nome do princípio da transparência, necessita ser publicamente divulgado.

Adicionalmente, mesmo considerando a inexistência de um conflito de interesse, **o nível de evidência de uma opinião de especialista é considerado fraco em uma escala hierárquica de evidência científica.**

Assim, por exemplo, na classificação de Oxford, uma das mais conceituadas no campo da Medicina Baseada em Evidências, a opinião de especialistas desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou estudo com animais) é considerada a evidência científica mais fraca: nível 5 em uma escala de 1 a 5. Ocorre que, mesmo para a classificação de nível 5 é desejável que se tenha feito algum estudo para dar um mínimo de base de sustentação à tese. **No caso do início da vida este estudo não existe, ficando a afirmação apenas no campo especulativo.**

II – A questão da Autonomia da Mãe e da Não - Maleficência ao feto



Nessa questão da autonomia materna, vertente muito explorada na defesa da descriminalização do aborto, duas observações se impõem:

a) **O feto não faz parte do corpo da mãe. Este conhecimento é biologicamente inquestionável.**

b) Mesmo em se considerando o próprio corpo, a autonomia de uma pessoa não é absoluta. A Lei Federal que regula o transplante de órgãos (Lei 9434 de 4 de fevereiro de 1997) diz no Artigo 9º § 3º - *“Só é permitida a doação referida neste artigo quando se tratar de órgãos duplos, de partes de órgãos, tecidos ou partes do corpo cuja retirada não impeça o organismo do doador de continuar vivendo sem risco para a sua integridade e não represente grave comprometimento de suas aptidões vitais e saúde mental e não cause mutilação ou deformação inaceitável, e corresponda a uma necessidade terapêutica comprovadamente indispensável à pessoa receptora.”*

Ora, hipoteticamente, uma pessoa, mesmo querendo fazer o bem a um outro ser humano, tem limitação legal e ética para doar certas partes do seu corpo – apesar de biologicamente suas - pois comprometeria a própria vida.

Ou seja, **no confronto entre os princípios bioéticos da autonomia e não maleficência prepondera o princípio da não maleficência**, em relação ao próprio corpo.

Ora, se para evitar comprometer a própria vida há limitação da autonomia na autorização de retirada de determinado órgão de seu próprio corpo, como então poderia existir autonomia para tirar a vida de outro ser humano em fase inicial de desenvolvimento e que, embora esteja transitoriamente em seu útero, com certeza científica não pertence ao seu corpo? A legislação do transplante em vigor, jamais questionada, mostra que o princípio da autonomia não é absoluto.

III - Repercussões psicopatológicas do aborto e a questão do sofrimento



Vêm sendo descritos processos psicopatológicos de amplo espectro de variação ligados ao aborto. Embora haja controvérsias quanto à incidência e grau de impacto de tais processos na mente humana, cuja manifestação extrema seria o suicídio (GISSLER e col., 2004 e 2015), sua ocorrência é sempre mencionada, principalmente se existem antecedentes de psicopatia na família (MAJOR, 2000; REARDON, 2003 e 2006, VAN DITZHUIJZEN e col., 2015 e 2017) Por outro lado, o texto da ação ignora o conceito de “Dor Total”, introduzido principalmente por Cecily Saunders (1967) e incorporado à prática médica de modo especial quando se trata de questões da finitude da vida de um ser humano.

No conceito da Dor Total, o sofrimento humano possui quatro dimensões: física, psicológica, social e espiritual. Ressente-se em todo o texto argumentativo do autor da ADPF 442, apresentado pelo PSOL, uma omissão do componente espiritual, particularmente importante na espécie humana.

Independente da esfera psicológica e da própria religião, a espiritualidade do ser humano é sensível em relação ao processo de morte, e a dor espiritual é particularmente difícil de ser objetivamente mensurada e atingida em toda a sua profundidade, mesmo onde é melhor estudada, no âmbito dos cuidados paliativos (VERMANDERE M e col., 2016).

Ter decidido pela morte de uma filha ou filho, ao invés da vida, pode - pela característica irreversível da ação - trazer consequências espirituais sérias para a mulher e que poderão se tornar mais fortes no momento da sua própria finitude, quando, ao invés do amparo de sua filha ou filho, é obrigada a deparar-se com a realidade da antecipação de sua morte, fruto do aborto pelo qual foi responsável.

Neste contexto, a entrega da criança à adoção após o parto embora possa também causar arrependimento futuro atenua o sofrimento e abre espaços concretos para reconciliação e solvência de processos de culpa. A opção pela adoção, legalmente admitida em nosso país em qualquer hipótese é completamente omitida do texto da ação da ADPF 442.



Vislumbra-se a absoluta falta de preocupação em salvaguardar a saúde psico-espiritual da mulher, dando falsamente a entender que para a gravidez indesejada a única opção seria o aborto.

IV- A Questão de Saúde Pública

Tem sido exaustivamente repetido que o aborto é um problema de Saúde Pública, **citando números sem comprovação pelas estatísticas oficiais**. De forma direta, sem ilações, pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) com dados do ano de 2016 veiculado pelo DATASUS foram registradas no país **8 (oito) casos de mortes maternas por falha na tentativa de aborto (CID 10: 007)**.

Ministério da Saúde		DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS	
1 INFORMAÇÕES DE SAÚDE			NOTAS TÉCNICAS
2 AJUDA			
DATASUS			
ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL E ÓBITOS MATERNS - BRASIL			
Óbitos mulheres idade fértil segundo Região			
Categoria CID-10: 007 Falha de tentativa de aborto			
Tipo causa obstétr: Morte materna obstétrica direta			
Período: 2016			
Região	Óbitos mulheres idade fértil		
TOTAL	8		
2 Região Nordeste	4		
3 Região Sudeste	4		
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM			
Notas:			
1. Todas as informações são por local de residência da falecida.			
2. Para definição de óbitos de mulheres em idade fértil, óbitos maternos e óbitos maternos tardios, veja as Notas Técnicas .			
3. Nos casos de inconsistência entre a causa materna declarada e o momento da morte (durante a gravidez, parto ou aborto, durante o puerpério até 42 dias, durante o puerpério, de 43 dias a 1 ano ou fora destes períodos), para efeito de determinação se óbito materno ou não, foi priorizada a informação sobre a causa.			
4. Os campos referentes ao momento da morte (43 e 44), apesar de estarem tendo sua qualidade de preenchimento melhorada, apresentam ainda elevado percentual de inconsistências ou não preenchimento.			
5. Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Óbito, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Consolidação da base de dados de 2011" .			

Por outro lado, está ao alcance do poder público e da sociedade em geral, oferecer ações positivas para a solução dos problemas sociais envolvidos nessa prática, tais como: medidas educativas, amparo físico, psíquico e social, interdisciplinar e multidisciplinar à gestante e ao nascituro, auxílios materiais e, em casos extremos, a própria adoção do neonato por outras famílias. Todas estas medidas beneficiam e



valorizam o binômio materno – fetal e atuam no sentido de **reduzir ambas as mortalidades** - o verdadeiro efeito visado pela Saúde Pública.

Opostamente, a proposição de liberação do aborto até o terceiro mês gestacional, **implicará invariavelmente aumento da mortalidade fetal** - efeito indesejável para qualquer ação visando saúde individual ou coletiva.

V – Implicações na Ética Médica e na Lei do Ato Médico

Cumpra também observar, que consoante o inciso I, que abre os Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica em vigor, está escrito que:

“A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de qualquer natureza”

Este princípio do exercício profissional **sem discriminação de qualquer natureza** está consagrado no Artigo 2º da Lei 12842/2013 que regula o Ato Médico:

“O objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza”.

Ou seja, como **o objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, sem discriminação de qualquer natureza**, isto, naturalmente, **também se aplica à fase inicial do desenvolvimento do mesmo ser humano**, visto que todos nós, sem exceção, um dia vivenciamos esta fase. Desta forma, não é possível realizar um aborto ou uma “interrupção da gravidez” – seu eufemismo - sem que antes o ser humano seja discriminado e sua vida colocada em um patamar inferior por estar em sua fase inicial, no presente caso, até a 12ª semana de gravidez.

Além do mais, o pleito sob o patrocínio do PSOL se calca em uma futura participação do médico para a obtenção do chamado “aborto seguro” que está **em**



franco desacordo com o inciso VI dos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica, em vigor, que diz:

“O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade”.

Na leitura do Código de Ética Médica fica patente que as terminologias **“Jamais”** e **“extermínio do ser humano”** somente são utilizadas neste Princípio Fundamental do inciso VI. Ambas são expressões enfáticas, usadas deliberadamente pelo legislador do Código e, por sua clareza, não se prestam a interpretações dúbias.

Desse modo, qualquer mudança neste Princípio Fundamental colide frontalmente com a própria vocação individual do médico para o cuidado do ser humano e preservação de sua vida. Ou seja, abrir exceção a um princípio desta natureza exigiria que todos os médicos sejam diretamente ouvidos, por se tratar de matéria gravíssima.

Não há dúvida de que com o aborto realizado por um médico até a 12ª semana de gestação o desenvolvimento do ser humano, iniciado na fecundação, será finalizado, extinguindo-se a sua vida. Este ser humano, uma vez exterminado, nunca alcançará a possibilidade de usufruir de outros direitos como liberdade, cidadania, autonomia e muito menos realizar qualquer contribuição para a sociedade.

Ademais, a abrangência desse extermínio, cuja realização está sendo politicamente propulsionada em direção à classe médica, passaria a estar na dependência direta do desejo de um terceiro, no caso o da gestante, podendo ser da ordem das dezenas, centenas, milhares ou milhões. Realmente, não é possível conciliar qualquer desses números com o vocábulo **“Jamais”** que consta no nosso Código.

A ordem dos incisos está correta, pois a própria história mostra que os grandes extermínios são precedidos da discriminação de alguma natureza ao ser humano, por isto as negativas são fortes: “sem discriminação de qualquer natureza” e “jamais” usar os conhecimentos médicos para o extermínio.



Finalmente, a prática do aborto está em desacordo com o juramento de Hipócrates (século V A.C.), propalado através do tempo até os nossos dias e cujo teor original menciona:

“ Eu juro, por Apolo, médico, por Esculápio, Higéia e Panacéia, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue: Estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou esta arte; fazer vida comum e, se necessário for, com ele partilhar meus bens; ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhes esta arte, se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem compromisso escrito; fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, porém, só a estes. **Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei por prazer nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva.**”

Relevante exaltar, antes do fim desse tópico, que a descriminalização o aborto foi rejeitada tanto na XIII Conferência Nacional de Saúde em 2007, quanto no Congresso Nacional em 2008, por esmagadora maioria. As pesquisas mostram que a sociedade brasileira é amplamente contrária ao aborto, por fugir à cultura de preservação da vida.

VI – Falta de legitimidade da FEBRASGO e de qualquer instituição médica para pronunciar-se em nome dos médicos – posicionamento dos profissionais de medicina no Brasil são marcadamente contrário à descriminalização – pois não consultaram seus pares.

Vê-se que pediram para participar das discussões algumas sociedades, com posicionamento favorável à descriminalização. Todavia falta legitimidade representativa



a essas instituições, que não ouviram seus representados, majoritariamente contrários à prática.

Em Sergipe, que apesar de suas regionalidades espelha o sentimento nacional, os médicos favoráveis à prática provavelmente não chegam a 10% do total de profissionais.

O acolhimento do pedido formulado teria o potencial para desproteger, completamente, a vida humana até a 12ª semana gestacional, porque além do salvo conduto para matar, os profissionais vocacionados à defesa da vida, que hoje enxergam no embrião ou feto um paciente a ser cuidado, mudariam sua esfera de atuação.

O nascituro não possui nenhuma chance de defesa e os profissionais que poderiam acudi-lo – policiais, defensores, advogados, médicos, pais – ver-se-ão na contingência de optar pela defesa da vida ou ofensa ao “direito da mulher” de exterminar a vida de sua filha ou seu filho, sem que, sequer, fosse-lhe nomeado um curador para defendê-lo.

A vida será violada diretamente, com a morte de um ser-humano, como tal reconhecido pela ciência desde a concepção, como pela fragilização do sentido de valor que ela possui.

Os Médicos têm por função prevenir doenças, realizar assistência á saúde, educação em saúde e promover a reabilitação á saúde da população; para isso são formados e, a menos que se considere a criança uma doença, retirá-lo do corpo da mãe será um ato absolutamente desconectado da medicina, sobretudo diante dos inúmeros trabalhos apontando para o abalo à saúde física e psicológica das mães que encerra a vida de seus filhos.

Senhores Ministros, é um absurdo desconectado da realidade científica e prática a idéia de que o abortamento agrega saúde ou evita doenças das gestantes. Não existe qualquer trabalho apontando essa realidade, e nem poderia porque a prática médica a desmentiria.

Inconcebível que um profissional da saúde intervenha para matar um ser humano e retirar a saúde do outro e a norma penal atual protege a gestante(ao evitar que



se lance a uma prática que lhe gerará imensos problemas), o bebê e também os profissionais de saúde. Com efeito, será muito difícil explicar à mãe e familiares que desejam o abortamento a impossibilidade de o médico praticá-lo, se ausente a lei penal e, sobretudo, com a manifestação do Supremo Tribunal contra essa lei.

VII – Expositores – re-ratificação

Em vista da agenda sempre difícil dos profissionais da medicina e da possibilidade de que um evento inesperado impeça a participação da expositora na audiência pública, o que redundaria em perda de oportunidade irre recuperável, o CONAL indica como expositor também o Dr. Rodolfo Acatauassú Nunes / CRM 52-25783-7.

Assim, reduz-se ao mínimo a possibilidade de que este Conselho não se faça presente na Audiência, o que, ademais, constituiria grosseria e um prejuízo para o debate.

Sendo possível a participação de ambos, o tempo será dividido entre eles.

A, seguir breve currículo dos expositores:

VIII – *Curricula Vitae*

a) Rodolfo Acatauassu Nunes

Médico há 41 anos, gGraduado em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1976), Mestre em Medicina (Cirurgia Geral/Tórax) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1987) e Doutor em Medicina (Cirurgia Geral/Tórax) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1995). Livre-Docente pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2004). Título de especialista em Cirurgia Geral (CBC), Cirurgia Torácica (SBCT) e Bioética (PUC - Rio). Professor Associado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Cursos de



MBA em Gestão de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas e Pós- Graduação em Cirurgia Minimamente Invasiva (UNICENP- Curitiba). Pertence ao quadro docente dos Programas de Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) em Ciências Médicas e Fisiocirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ. Ex - Diretor Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ (2008-2015). Atual Coordenador de Disciplina da Cirurgia Torácica da Faculdade de Ciências Médicas e Coordenador do Curso de Cirurgia Geral (5º ano médico) para a Graduação. (CV completo à disposição na Plataforma Lattes, no endereço <http://lattes.cnpq.br/5246655943457913>)

b) Sílvia Maria de Vasconcelos Palmeira Cruz, graduada em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe e em Odontologia pela Universidade Federal de Alagoas, com especialização em Pediatria, Saúde Mental Comunitária e em Educação na Saúde para Preceptores do SUS. Pós-graduação Lato Sensu – Especialização em Administração Hospitalar pela Faculdade Católica de Ciências Econômicas da Bahia (1991); Pós-graduação Lato Sensu – Especialização em Saúde Mental Comunitária pela Universidade Federal do Ceará (1998-1999), Pós-graduação Lato Sensu - Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS pelo Instituto Sório-Libanês de Ensino e Pesquisa (2014) – Ministério da Saúde; Pós-graduação Lato Sensu - Especialização em Preceptoria de Residência Médica no SUS pelo Instituto Sório-Libanês de Ensino e Pesquisa (2015/2016). Participa da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), da Sociedade Sergipana de Pediatria (SOSEPE), da Sociedade Médica de Sergipe (SOMESE), do Sindicato dos Médicos do Estado de Sergipe (SINDIMED), foi Presidente do Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEAN-SE), é Vice-Presidente do Conselho do Laicato do Brasil da Arquidiocese de Aracaju – SE, foi Coordenadora Estadual da Pastoral da Criança – SE, e hoje é membro da equipe estadual e do Conselho Econômico da Pastoral da Criança – SE; já foi Secretária de Saúde do Município de Pirambu, atuou no Programa de Saúde da Família, plantonista e como Médica Mediadora de conflitos na área da saúde .

Essas as considerações que o CONAL reputou pertinentes.

De Aracaju para Brasília, 06 de julho de 2018



Rodolfo Acatauassú Nunes

Sílvia Maria de Vasconcelos Palmeira Cruz

BIBLIOGRAFIA

Bedzhov I, Bialecka M, Zielinska A, Kosalka J, Antonica F, Thompson AJ, Franze K, Zernicka-Goetz M. Development of the anterior-posterior axis is a self-organizing process in the absence of maternal cues in the mouse embryo. *Cell Res.* 2015 Dec; 25(12): 1368–1371.

Bruce AWE, Zernicka-Goetz, M. Developmental control of the early mammalian embryo: competition among heterogeneous cells that biases cell fate. *Curr Opin Genet Dev*, 2010. 20(5):485-91.

Gissler M, Karalis E, Ulander VM. Decreased suicide rate after induced abortion, after the Current Care Guidelines in Finland 1987-2012. *Scand J Public Health.* 2015 Feb; 43(1): 99-101.

Major B. *Arch Gen Psychiatry.* 2000, 57 (8): 777-784.

Merker, B. Consciousness without a cerebral cortex, a challenge for neuroscience and medicine. *Behav Brain Sci*, Feb, 2007, 30 (I) : 63-81.

Meyer G e col. Embryonic and Early Fetal Development of the Human Neocortex. *The Journal of Neuroscience*, March1, 2000, 20(5): 1818-1868.

Moore, KL, Persaud, TVN. *Embriologia Clínica*, 2004, 7ª ed, Elsevier, Rio de Janeiro, p. 466-504.

Morris SA, Teo RT, Li H, Robson P, Glover DM, Zernicka-Goetz M. Origin and formation of the first two distinct cell types of the inner cell mass in the mouse embryo. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2010, 107(14):6364-9.

Piotrowska K, Wianny F, Pedersen RA, Zernicka-Goetz M. Blastomeres arising from the first cleavage division have distinguishable fates in normal mouse development. *Development.* 2001, 128(19):3739-48.

Plusa B. et al. The first cleavage of the mouse zygote predicts the blastocyst axis. *Nature.* 2005, 434(7031):391-5.

Reardon DC e col. Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth. *Can Med Ass.* 2003, 168 (10): 1253-1256.



Reardon DC, Coleman. PK. Relative treatment rates for sleep disturbances following abortion and childbirth: a prospective record-based study. *Sleep*. 2006, 29 (1): 105-106.

Van Ditzhuijzen J, Ten Have M, de Graaf R, Lugtig P, van Nijnatten CH, Vollebergh WA. Incidence and recurrence of common mental disorders after abortion: Results from a prospective cohort study. *J Psychiatr Res*. 2017 Jan; 84:200-206.

Van Ditzhuijzen J, Ten Have M, de Graaf R, van Nijnatten CH, Vollebergh WA. The impact of psychiatric history on women's pre- and postabortion experiences. *Contraception*. 2015 Sep; 92(3):246-53.

Vermandere M, Warmenhoven F, Van Severen E, De Lepeleire J, Aertgeerts B. Spiritual history taking in palliative home care: A cluster randomized controlled trial. *Palliat Med*. 2016 Apr; 30(4):338-50.