

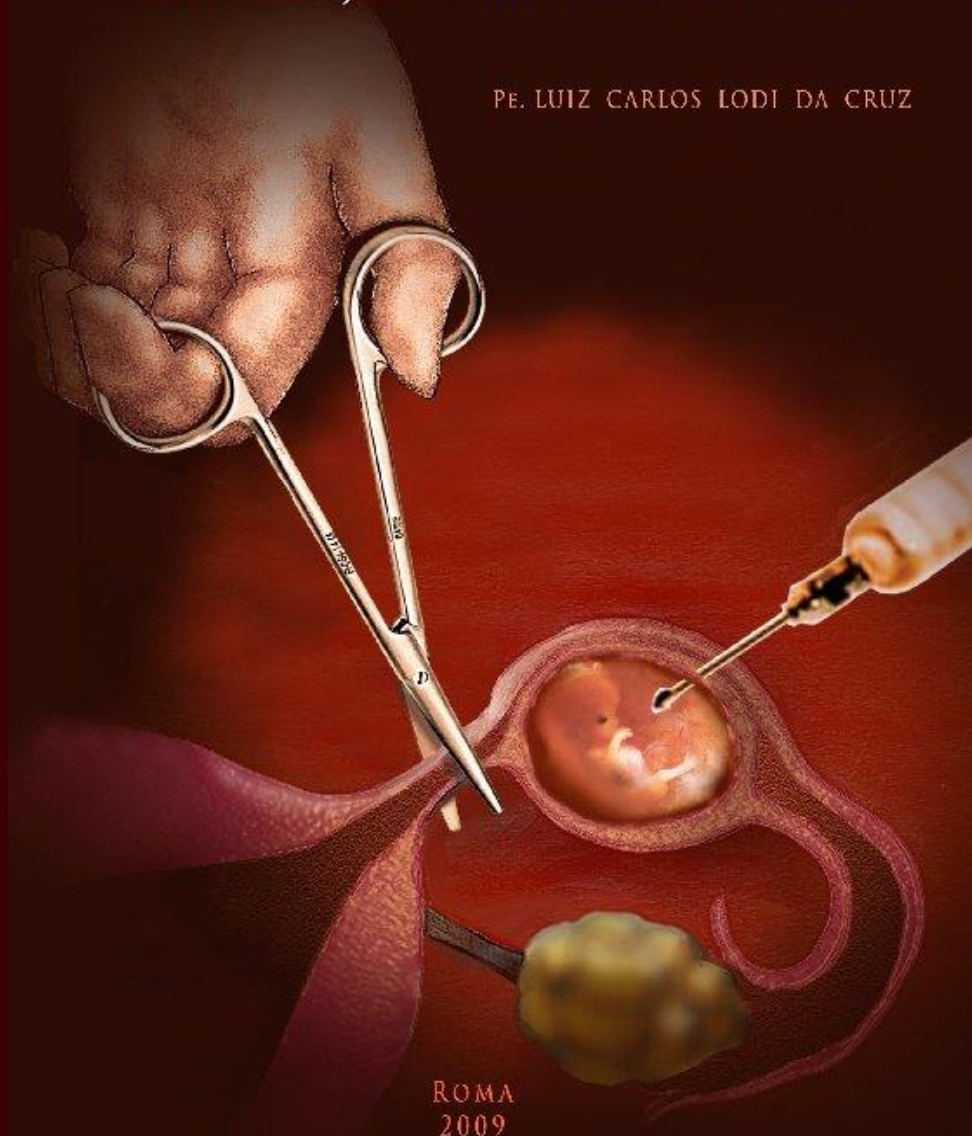
O PRINCÍPIO DA AÇÃO COM DUPLO EFEITO E SUA APLICAÇÃO À GRAVIDEZ ECTÓPICA

Dissertação de Mestrado (“Licenza”) apresentada na Faculdade de Bioética do Ateneu Pontifício Regina Apostolorum (Roma), em 24 de abril de 2009, sob a direção do Professor Pe. Víctor Pajares

Pe. Luiz Carlos Lodi da Cruz

O PRINCÍPIO DA AÇÃO COM DUPLO EFEITO E SUA APLICAÇÃO À GRAVIDEZ ECTÓPICA

PE. LUIZ CARLOS LODI DA CRUZ



ROMA
2009

A MORTE DO INOCENTE COMO MEIO

O cerco de Jerusalém



No ano 70 d.C., a cidade de Jerusalém foi sitiada pelo general Tito, em represália a uma rebelião dos judeus comandada pelo partido dos zelotes.

Flávio Josefo, chefe militar da Galiléia, foi capturado pelos romanos. Escreveu com detalhes os horrores daquela guerra, e tentou, em vão, fazer com que seus compatriotas se rendessem. O texto a seguir refere-se ao cerco de Jerusalém:

O cerco de Jerusalém

Josefo, cuja própria família sofreu com os sitiados, não recuou nem mesmo diante dum episódio desumano que prova que o desespero da fome já começava a turvar a razão dos israelitas.

Os zelotes percorriam as ruas em busca de alimento. Duma casa saía cheiro de carne assada. Os homens penetraram imediatamente na habitação e pararam diante de Maria, filha da nobre família Bet-Ezob, extraordinariamente rica, da Jordânia oriental.

O cerco de Jerusalém

Maria tinha ido como peregrina a Jerusalém para a festa da Páscoa. Os zelotes ameaçaram-na de morte se não lhes entregasse o assado. Perturbada, a mulher estendeu-lhes o que pediam, e eles viram, petrificados, que era um recém-nascido meio devorado – o próprio filho de Maria.

(Werner KELLER, *E a Bíblia tinha razão....*, 2. ed. São Paulo: Melhoramentos 1958. p. 340.)

Poder-se-ia tentar justificar a atitude da mulher faminta com o seguinte argumento:

- se ela não tivesse matado o próprio filho, ambos teriam morrido;
- ao matá-lo para saciar sua fome, pelo menos uma das vidas foi poupada.

Que dizer disso?

Segundo o Direito Natural,

matar diretamente um ente humano inocente
é um ato intrinsecamente mau,
que não pode ser justificado:

- nem pela boa intenção,
- nem pelas possíveis boas consequências,
- nem mesmo pelo estado de extrema
necessidade,
- nem sequer para salvar outro inocente

No repugnante caso acima, a salvação da vida da mãe foi obtida por *meio* da morte do bebê.

Analogamente, se durante uma gestação o aborto fosse um *meio* para salvar a vida da gestante — ainda que fosse o único meio —, tal ato seria gravemente imoral.

É dever do médico salvar mãe e filho, mas não se pode salvar um deles *por meio* da morte do outro.

O fim, por mais nobre que seja, não justifica um *meio* mau utilizado para alcançá-lo.

ATO

MORTE DO
INOCENTE
(EFEITO
MAU)

SALVAÇÃO
DA VIDA
DA MÃE
(EFEITO
BOM)



ATO

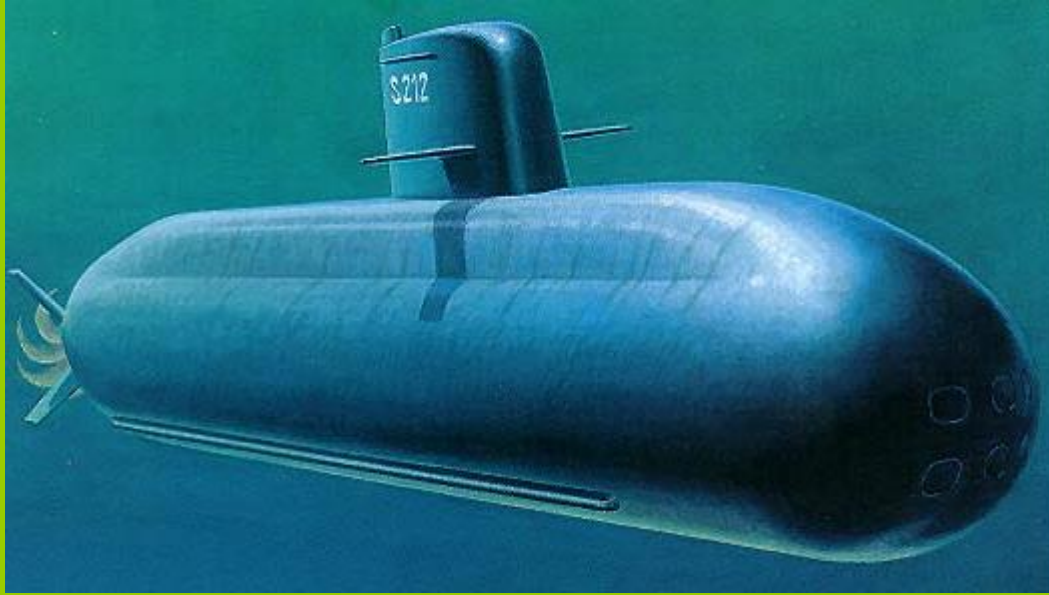
MORTE DO
INOCENTE
(EFEITO
MAU)

MEIO

SALVAÇÃO
DA VIDA
DA MÃE
(EFEITO
BOM)

A MORTE DO INOCENTE COMO EFEITO SECUNDÁRIO

O submarino torpedeado



Um submarino é torpedeado em uma guerra.

Um dos compartimentos começa a encher-se de água.

O comandante imediatamente manda que fechem a escotilha, a fim de que a água não invada o restante da embarcação.

Ao fazer isso, porém, dez tripulantes que estavam no compartimento torpedeado morrem afogados..

O submarino torpedeado

A ação de fechar a escotilha não é má em si, e nem sequer é praticada com má intenção.

No entanto, ela terá como *efeito* inevitável a morte de dez tripulantes daquele compartimento, que serão afogados.

A morte desses inocentes, causada *indiretamente*, não é um “meio” de salvar a embarcação.

O meio é o fechamento da escotilha.

- Ela seria fechada mesmo que os dez tripulantes não estivessem lá.
- Se, absurdamente, o comandante mantivesse a escotilha aberta, mas mandasse matar os dez tripulantes, não salvaria o submarino.

Nesse exemplo, jamais se pode dizer que a salvação do submarino se deu *por meio* da morte de dez inocentes.

ATO

```
graph LR; ATO[ATO] --> Salva[Salvação do Submarino (Efeito Bom)]; ATO --> Morte[Morte de Inocentes (Efeito Secundário Mau)];
```

SALVAÇÃO DO SUBMARINO
(EFEITO BOM)

MORTE DE INOCENTES
(EFEITO SECUNDÁRIO MAU)

A AÇÃO COM DUPLO EFEITO

Muitos de nossos atos bons produzem efeitos maus indesejados, mas inevitáveis:

- Ao tomarmos uma aspirina para curar uma dor de cabeça, podemos causar dano ao estômago.
- Ao corrigirmos o próximo, às vezes ele se sente humilhado ou envergonhado.
- Ao lutarmos contra o aborto, causamos a ira dos abortistas.

Podemos praticar tais atos, que tenham duplo efeito: um bom e outro mau? Sim, mas com algumas condições:

A AÇÃO COM DUPLO EFEITO

- O efeito bom (FIM) *não pode* ser obtido por MEIO do efeito mau.
- Deve haver uma proporção entre o efeito bom querido e o efeito mau tolerado.



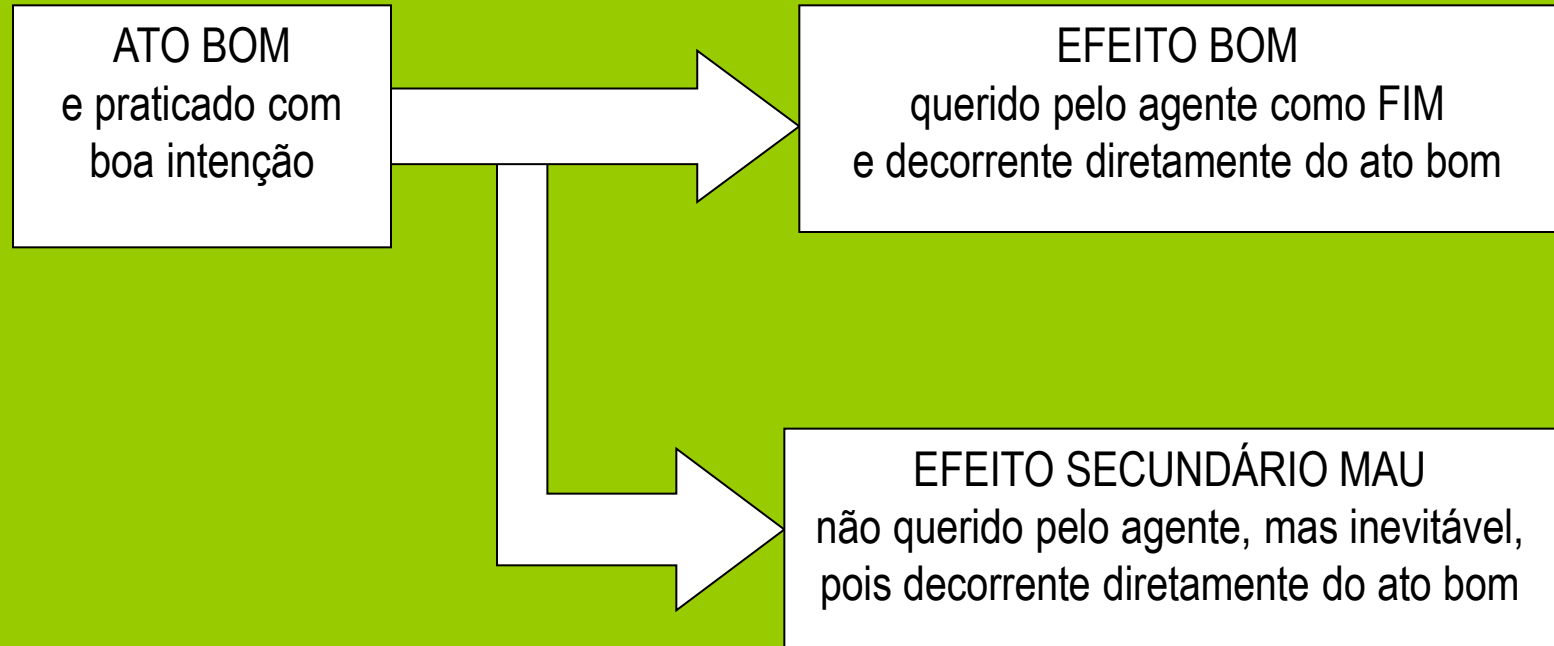
A AÇÃO COM DUPLO EFEITO

- a) que a intenção do agente seja obter o efeito bom, e não o mau;
- b) que o efeito bom seja obtido diretamente da ação, e não através do efeito mau;
- c) que o efeito bom seja proporcionalmente superior ou ao menos equivalente ao efeito mau;
- d) que não haja outro meio de se obter tal efeito bom, a não ser praticando a ação boa que produz tal efeito secundário mau.

A AÇÃO COM DUPLO EFEITO

- Note-se bem que não se trata de “praticar um ato mau com boa intenção”. Isso nunca é moralmente lícito. O fim não justifica os meios, embora Maquiavel tenha dito o contrário.
- No princípio em questão, trata-se de *praticar um ato bom com boa intenção*, mas que produz um efeito colateral mau indesejável, mas inevitável, embora previsível.

A CAUSA COM DUPLO EFEITO



A AÇÃO COM DUPLO EFEITO

Uma intervenção cirúrgica cardiovascular em uma mulher grávida *pode* ter como consequência a morte do nascituro. Em tal caso, a morte do inocente *não é um fim* visado pela cirurgia (o fim é a cura da cardiopatia).

Também *não é um meio* (pois não é a morte da criança que “causa” a cura da mãe). É simplesmente um *segundo efeito*.

Se o risco de ele ocorrer for pequeno (comparando com a boa chance de recuperação da mãe) e se não for possível esperar até o nascimento do bebê, nem houver outro meio terapêutico inofensivo para a criança, então é lícito fazer a cirurgia.

A AÇÃO COM DUPLO EFEITO

Exemplo: Uma mulher grávida sofre de uma infecção renal. O médico prescreve-lhe um antibiótico. Há, porém, o perigo remoto de a droga causar danos ao nascituro. No entanto, não há outro antibiótico que seja menos nocivo ao bebê e nem é possível esperar o nascimento da criança para iniciar o tratamento.

A AÇÃO COM DUPLO EFEITO

a) a intenção do agente é curar a infecção renal (efeito bom) e não causar dano ao nascituro (efeito mau);

b) a cura da infecção renal (efeito bom) é obtida diretamente da ação de tomar o antibiótico, e não através do dano causado ao nascituro (efeito mau).

- O remédio seria tomado mesmo se a mulher não estivesse grávida.
- Se, absurdamente, a mulher não tomasse o antibiótico, mas lesasse diretamente seu bebê, tal dano não iria causar a cura de sua infecção renal.

c) como a chance de lesão à criança, embora exista, é pequena, e como o tratamento é urgente, o efeito bom (a cura da infecção renal) é proporcionalmente superior ao possível efeito mau.

d) não há outro meio de se obter a cura da infecção, a não ser pela ingestão de um antibiótico. O médico poderia prescrever outro antibiótico, mas nenhum seria isento de riscos para a criança.

A histerectomia em uma gestante com câncer

Uma mulher grávida descobre que está com o útero canceroso. A gravidez ainda está no início e o tumor avança com velocidade espantosa.

O médico lhe diz que é preciso fazer uma *histerectomia* (remoção do útero) para extirpar o tumor.

Diz também que esta cirurgia deve ser feita urgentemente e não após o nascimento da criança, senão a mulher (juntamente com a criança) morrerá em pouquíssimo tempo.

A histerectomia em uma gestante com câncer

- 1) O médico não deseja matar a criança, mas remover o útero canceroso (que, acidentalmente, está grávido).
- 2) A salvação da vida da mãe (efeito bom) decorre diretamente da histerectomia e não do efeito mau (a morte da criança).

E isso se vê de duas maneiras:

- a) tal cirurgia seria feita mesmo se a mulher não estivesse grávida.
- b) se o médico simplesmente matasse a criança, mas deixasse o útero canceroso intacto, não salvaria a vida da mãe.

A histerectomia em uma gestante com câncer

- 3) O efeito mau tolerado (a morte da criança) não é inferior ao bem obtido (a conservação da vida da mãe), mas equivale a ele.
- 4) Não há outro meio de se obter a salvação da mãe (efeito bom querido como fim) a não ser praticando essa ação boa (a histerectomia), que trará consigo inevitavelmente um efeito colateral mau: a morte do bebê.

Pio XII (26-11-1951)

“Nós temos sempre usado de propósito a expressão ‘atentado *direto* à vida do inocente’, ‘ocisão *direta*’.

Pois se, por exemplo, a salvação da vida da futura mãe, **independentemente do seu estado de gravidez**, requeresse urgentemente um ato cirúrgico ou outra aplicação terapêutica, que tivesse como conseqüência acessória, de nenhum modo querida nem tencionada, mas inevitável, a morte do feto, tal ato não se poderia dizer atentado *direto* à vida inocente.

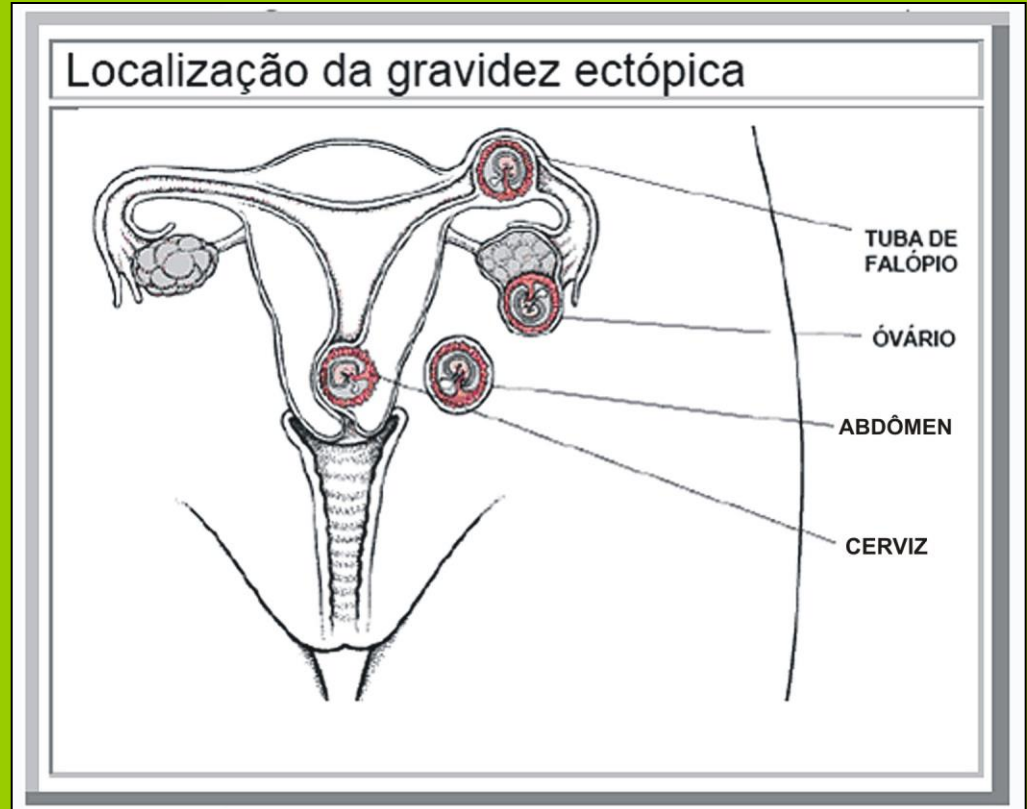
Nessas condições a operação pode ser lícita, como outras intervenções médicas semelhantes, sempre que se trate de um bem de alto valor, como é a vida, e não seja possível adiá-la até o nascimento da criança, nem recorrer a outro eficaz remédio”.

A gravidez ectópica

Gravidez ectópica (ek + topos = fora do lugar):

É aquela em que a implantação do bebê se dá não no útero (lugar natural), mas fora dele, como no abdômen, no ovário ou na trompa.

O caso mais comum de gravidez ectópica é a *gravidez tubária*, em que o embrião se implanta na *tuba* ou *salpínges* ou *trompa de Falópio*.



Condutas possíveis em uma gravidez tubária

- a) *Salpingostomia linear*: é uma incisão na trompa por meio de um laparoscópio com o fim de remover o embrião, preservando a trompa e possibilitando uma nova gravidez.
- b) *Metotrexato*: é um fármaco que, quando aplicado sobre o trofoblasto, impede o desenvolvimento do embrião e causa a sua morte por inanição.
- c) *Ordenha tubária*: consiste em pegar a trompa na proximidade do lugar de dilatação e comprimi-la fazendo o embrião avançar para a parte infundibular da trompa.

Conduas possíveis em uma gravidez tubária

- d) *Salpingectomy*: remoção da trompa (ou de parte dela) *antes de sua ruptura*, contendo em seu interior o embrião *ainda vivo*.
- e) *Expectação armada*: é o monitoramento da gestante, a fim de intervir com uma salpingectomia imediatamente após a ruptura da trompa, estancando, assim, a hemorragia.

Declarações do Magistério

- “Pode-se ensinar com segurança nas escolas católicas que é lícita a operação chamada craniotomia quando, omitindo-a, morreriam a mãe e o filho e, ao invés, executando-a, a mãe seria salva e o bebê morreria?”
- *“não se pode ensinar com segurança”*
(Santo Ofício, 28 de maio de 1884).

Declarações do Magistério

- “*Nas escolas católicas não se pode ensinar com segurança que a operação chamada craniotomia é lícita, segundo o que foi declarado em 28 de maio de 1884, o mesmo valendo para **qualquer outra operação cirúrgica diretamente ocisiva** do feto ou da mãe em gestação*” (Santo Ofício, 19 de agosto de 1888).

Declarações do Magistério

- Um médico, sob o pseudônimo de Tício, perguntava se era lícito praticar aborto quando a presença do feto no útero materno fosse causa de uma enfermidade mortal para a gestante e quando não houvesse outro meio — a não ser a expulsão do feto — para salvar a mãe de uma morte certa e iminente. Em sua pergunta, Tício tentou justificar-se dizendo que costumava empregar meios e operações que não eram por si e imediatamente tendentes a matar o feto no útero materno, mas tendentes a removê-lo de lá vivo, se possível, ainda que logo depois ele morresse por causa de sua imaturidade.
- Resposta: Negativa (Santo Ofício, **24 de junho de 1895**), fazendo referência a dois outros decretos: o de 28 de março de 1884 e o de 19 de agosto de 1888, ambos relativos à craniotomia.

Declarações do Magistério

- Em 1898, o bispo do México propôs ao Santo Ofício três questões:
- 1ª. É lícita a aceleração do parto quando, por estreiteza da mulher, for impossível a saída do feto no seu devido tempo?
- 2º. Se a estreiteza da mulher for tal que nem o parto prematuro se julgue possível, é lícito provocar aborto ou fazer a cesariana no seu tempo?
- 3º. É lícita a laparotomia quando se trata de uma concepção extrauterina ou ectópica?

Declarações do Magistério

A resposta, de 4 de maio de 1898, foi:

À 1ª: *A aceleração do parto não é ilícita, desde que se faça por justas causas e no tempo e modo que se proveja, segundo as ordinárias contingências, a vida da mãe e do feto.*

À 2ª: *Quanto à primeira parte [ou seja, quanto ao aborto], negativamente, segundo o decreto de 24 de junho de 1895 acerca da licitude do aborto; quanto à segunda parte [ou seja, quanto à cesariana], nada obsta a que a mulher, da qual se trata, seja submetida, no devido tempo, à operação cesariana.*

À 3ª: *Quando se impõe a necessidade, a laparotomia é lícita para extrair a concepção ectópica do seio da mãe, desde que se proveja, enquanto possível, séria e oportunamente, a vida da mãe e do feto.*

Declarações do Magistério

O decano da Faculdade de Montreal (Canadá) fez uma pergunta específica: “É lícito alguma vez extrair do seio da mãe os fetos ectópicos ainda não maduros, não transcorrido o sexto mês depois da concepção?”

“Negativamente, segundo o decreto de 4 de maio de 1898, em virtude do qual se deve prover, enquanto for possível, séria e oportunamente, a vida do feto e da mãe; quanto ao tempo, segundo o mesmo decreto, recorro ao consulente que não é lícita nenhuma aceleração de parto, a não ser que se faça no tempo e modo nos quais, segundo as ordinárias contingências, se proveja a vida da mãe e do feto” (Santo Ofício, 5 de março de 1902).

E agora?

Como tratar de uma gravidez ectópica, em especial de uma gravidez tubária, sem destruir o embrião no seio materno e sem removê-lo diretamente ainda vivo e imaturo?

A tese de Bouscaren

- 1928 - Thomas Lincoln Bouscaren defende na Universidade Gregoriana a tese de que a tuba grávida possa ser removida *antes mesmo de sua ruptura*.
- O objetivo da cirurgia seria a remoção da tuba, que se tornou patológica.
- A morte da criança seria produzida apenas *indiretamente*.
- A salpingectomia seria lícita desde que a tuba esteja danificada e ameaçando a mãe (*causa proporcionada para a intervenção*).

Tese de Bouscaren

Difusão e aceitação generalizadas
(“*communis opinio*”):

- J. Mc. Carthy
- J. Mc. Fadden
- E. F. Healy
- Gerald Kelly
- J. Paquin
- Antonio G. Spagnolo e Maria Luisa Di Pietro (1995)
- Emílio Silvestrini (2007)

Dificuldades da tese de Bouscaren

a. Primeira dificuldade

A salpingectomia não seria feita se a mulher não estivesse grávida.

“Seria diverso, segundo alguns, o juízo moral sobre o corte da mesma trompa que contenha o feto ectópico, tendo em conta o objetivo imediato da intervenção cirúrgica (a trompa). No entanto, não conseguimos compreender o valor desta distinção, já **que tal intervenção se dirige diretamente a interromper esta gravidez**”.

(A. LANZA – P. PALAZZINI. *Princípios de Teologia Moral II. Las virtudes*. Ediciones RIALP, Madrid 1958. p. 280.)

Dificuldades da tese de Bouscaren

a. Primeira dificuldade

A salpingectomia não seria feita se a mulher não estivesse grávida.

“Mas, no caso da gravidez ectópica, estamos cortando a tuba somente porque o embrião está lá. [...] No entanto, a razão de se cortar a tuba de Falópio inclui a remoção do embrião. O objeto da atividade não pode excluir como “acidental” o efeito da remoção do embrião, precisamente porque a remoção do embrião não é um efeito. Ao contrário, a remoção do embrião é intrínseca ao objeto da atividade: a única parte da tuba a ser removida é aquela à qual o embrião adere”.

(J. F. KEENAN, “The function of the principle of double effect”, *Theological Studies* 54 (1993) 309)

Mas Keenan defende a remoção direta do embrião, por considerá-lo um injusto agressor material. ☹️

Dificuldades da tese de Bouscaren

a. Primeira dificuldade

A salpingectomia não seria feita se a mulher não estivesse grávida.

“A argumentação de Bouscaren não respeita um fato basilar: **a gravidez ectópica e o estado patológico da tuba são um fenômeno único e indivisível**. Bouscaren, ao invés, tenta dividir a doença da tuba do fato da gravidez ectópica e vê-los como fenômenos separados para depois dizer que a intervenção é feita exclusivamente contra a tuba patológica e não contra o embrião. Porém, o embrião, e só ele, é a causa da doença (sem esta gravidez nunca se teria desenvolvido essa doença letal da tuba que agora requer a intervenção). A predisposição da tuba é somente *condição* da gravidez tubária e não a *causa*. A causa é a geração e o crescimento do embrião. **A doença letal da tuba e a gravidez ectópica, por isso, devem ser vistas como uma única e indivisível patologia**”
(Martin Rhonheimer).

Mas Rhonheimer defende a remoção direta do embrião, por meio da salpingostomia. ☹️

Dificuldades da tese de Bouscaren

a. Primeira dificuldade

A salpingectomia não seria feita se a mulher não estivesse grávida.

“Se a salpingectomia é moralmente lícita, deve sê-lo também a salpingostomia. Em ambos os casos, trata-se de uma terapia do fenômeno patologicamente indivisível; no caso da salpingostomia, porém, com a vantagem da conservação da tuba”

(Martin Rhonheimer) 😞 💣

Dificuldades da tese de Bouscaren

b. Segunda dificuldade

Se o médico simplesmente matasse a criança, deixando a trompa intacta, salvaria a vida da mãe.

Bouscaren tenta responder dizendo que há muito menos sucesso quando se tenta retirar o embrião deixando a tuba no lugar. E sugere:

“Isso não demonstraria que é realmente a tuba, e não o feto, que é a fonte *próxima* do problema e que deveria ser o objeto *direto* da operação?”

Hoje esse argumento de Bouscaren está obsoleto (salpingostomia linear, metotrexato...).

Consequências da tese de Bouscaren

Adeptos de Bouscaren, como Tuohey e Moraczewski (que aceitam a salpingectomia com base na distinção entre o objeto direto e o objeto indireto da intervenção), avançam na prática de distinções para defender procedimentos que são diretamente abortivos (como o metotrexato e a salpingostomia) 💣

A tese de Bouscaren e o Magistério

Recordando o já citado discurso de Pio XII à Associação Famílias Numerosas (*Famiglie Numerose*), feito em 1951 (**posterior, portanto, à publicação da tese de Bouscaren**), o Pontífice fala de um “ato cirúrgico ou outra aplicação terapêutica” requerida urgentemente para salvar a vida da mãe “*independentemente do seu estado de gravidez*”. A independência do estado de gravidez, que é clara na histerectomia, não está presente na salpingectomia.

Conclusão

- A tese de Bouscaren não é segura. Não conta a com a aprovação explícita do Magistério.
- Tem em seu favor apenas a opinião dos moralistas.
- Mas uma opinião apenas *provável* (não segura) não se pode seguir quando se causaria um dano ao próximo que está na posse certa de seu direito.

Conclusão

- Não é possível aplicar o **probabilismo**.
- “O caçador não pode disparar quando duvida se o objeto percebido ao longe é homem ou animal selvagem” (T. T. DEL GRECO, *Teologia Moral. Compêndio da Moral Católica para o clero em geral e leigos*, Pia Sociedade de São Paulo, São Paulo 1959, p. 234-235).
- Como há possibilidade de que a salpingectomia antes da ruptura tubária constitua um atentado *direto* à vida de um inocente, não podemos praticá-la.

A expectativa armada

Procedimento inatacável do ponto de vista moral.

- 1. A gravidez termina em aborto espontâneo (65% dos casos)
- ou
- 2. A gravidez evolui em direção à ruptura tubária, exigindo uma intervenção imediata.

A expectativa armada

“Ora, alguns autores consideram como aborto indireto também aquele praticado em uma época muito precoce, entendido como uma medida “terapêutica” preventiva, fora, por exemplo, de uma hemorragia em ato do aparelho genital da mãe, pensando que em todo caso se trata de uma gravidez destinada a falir e que quanto mais se procrastina a intervenção, mais a mãe corre perigo para a própria saúde ou vida.

Outros autores, mais rigorosos – e nós estamos entre esses – julgam que para o aborto indireto devem ser satisfeitas todas as condições acima expostas a propósito do princípio da ação com duplo efeito: em particular, **a hemorragia em nível do aparelho genital da mãe deve ser atual**”.

(G. FASANELLA – N. SILVESTRI – E. SGRECCIA, “Gravidanza extra-uterina” in S. LEONE – S. PRIVITERA (ed.), *Nuovo dizionario di Bioetica*, Città Nuova, Roma - Istituto Siciliano di Bioetica, Acireale 2004, p. 556).

A expectativa armada

Permite a chance (remota, mas não nula) de uma gravidez ectópica ser levada a termo.

“Baronnet fornece os seguintes dados: De 303 fetos extraídos vivos, 58 por cento morreram em 24 horas. Dos 42 por cento que sobreviveram, somente 32 por cento ou cerca de 13 por cento do total viveram além de cinco anos; e destes, um terço era deformado. Sua conclusão é que somente oito por cento das crianças vivas geradas por gravidez ectópica avançada desenvolveram-se em indivíduos normais. Entretanto, não se deve perder de vista o fato de que todas as 303 crianças extraídas vivas pelas operações que ele relata teriam tido a chance de receber o batismo, que não é uma vantagem desprezível, independentemente de quanto tempo elas viveram ou do valor social que suas vidas pudessem ter tido”

(T. L. BOUSCAREN, *Ethics of ectopic operations*, Loyola University Press, Chicago 1933, p. 140-141).

A expectativa armada

Qual é o momento exato de intervir?

O momento exato que legitima a intervenção não é a morte do bebê (que naquela situação de urgência é difícil de detectar), mas a *hemorragia em ato* que põe em risco a vida da mãe.

Se o bebê morrer em decorrência da salpingectomia, em tal caso sem dúvida sua morte será apenas um efeito indireto da intervenção. Se for possível encontrar o bebê ainda vivo, deve-se batizá-lo imediatamente.

Com hemorragia em ato...

- “[Do estancamento do fluxo sanguíneo] seguem dois efeitos imediatos, que são igualmente próximos entre si, a saber, a conservação da vida da mãe e a extinção da vida do feto. Nenhum desses efeitos é mais imediato que o outro. Exatamente a mesma compressão do fórceps, o mesmo golpe da tesoura que conserva o suprimento de sangue para a mãe corta-o para o feto”[\[1\]](#).

- [\[1\]](#) T. L. BOUSCAREN, *Ethics of ectopic operations...*, 152.154.

Conversão da gravidez ectópica em gravidez uterina

- 1915 – C. J. Wallace (Duluth, Minnesota, EUA). Paciente de 27 anos. Gravidez tubária descoberta durante a retirada de um mioma. Saco gestacional intacto transferido para o útero com parte da parede da trompa. Aproveitamento da ferida causada pela miomectomia. Criança nascida em 2 de maio de 1916.

Conversão da gravidez ectópica em gravidez uterina

1964 – William C. Billings e Clarence D. Davis. Paciente de 29 anos. Terceira gravidez tubária. Introdução de toda a trompa na cavidade uterina. Tentativa falida.

“Não estávamos certos de que o feto estava vivo no momento da operação”.

Conversão da gravidez ectópica em gravidez uterina

1967 – Sérgio Peixoto e Geraldo Rodrigues de Lima (São Paulo, SP). Paciente de 34 anos. Gravidez tubária com diâmetro de 3 centímetros com um discreto ponto de rotura. Paciente recebeu alta após a cirurgia. Após uma semana, exame compatível com gravidez com insuficiência placentária. Algum tempo depois, aborto espontâneo.

Conversão da gravidez ectópica em gravidez uterina

1980 – Landrum B. Shettles (Randolph, Vermont, EUA). Paciente de 27 anos. Gravidez tubária com diâmetro de 4 a 5 milímetros. Extraído o saco embrionário intacto repleto de vilosidades coriônicas e transferido para o útero. Nasceu uma menina com 3.200 gramas.

Conversão da gravidez ectópica em gravidez uterina

1987 – Eugenio Lenzi (Roma, Itália) leva a sério a causa da conversão tubário-uterina.

Em 1988, propõe uma campanha de informações, junto aos médicos e junto às mulheres, que conduzisse a um exame ecográfico (“quase sistemático”), apenas detectado um atraso menstrual.

No mesmo ano, participa, no Rio de Janeiro, do XII Congresso Mundial de Ginecologia e Obstetrícia, onde expõe sua campanha.

Conversão da gravidez ectópica em gravidez uterina

“Ginecólogos atentos ao problema julgam indispensável recomendar às mulheres em idade fecunda, através dos meios de comunicação de massa [“mass-media”], que recorram à diagnose precocíssima mediante a ecografia transvaginal. Com tal procedimento é hoje, de fato, possível individuar uma gravidez ectópica desde a primeira semana depois do atraso menstrual, isto é, cinco semanas depois do último período menstrual, quando o ovo fecundado atinge apenas as dimensões de 4 a 5 milímetros. Toda mulher, de fato, tem o direito-dever de conhecer se o ovo fecundado se implantou ou não no lugar justo”.

LENZI, E., *Nuove terapie della gravidanza ectopica (g.e.) e loro valore bio-etico*. Atti LXVII Congresso SIGO, Brescia: Class International, 1990, 1027-1028.

Conversão da gravidez ectópica em gravidez uterina

1994 - J. M. Pearce, I. T. Manyonda e G. V. P. Chamberlin. Paciente de 29 anos. Embrião de 5 semanas, detectado por ultrassonografia transvaginal. Remoção do endométrio decidualizado para tornar a cavidade “mais acolhedora”. Nascimento de uma menina de 2.700 g, na 38^a semana de gravidez.

Conversão da gravidez ectópica em gravidez uterina

Moralidade do procedimento:

“No caso de experimentação claramente terapêutica, isto é, desde que se trate de terapias experimentais, empregadas em benefício do próprio embrião, com o fim de salvar-lhe a vida em uma tentativa extrema e na falta de outras terapias válidas, pode ser lícito o recurso a remédios ou procedimentos ainda não plenamente convalidados” (CDF, *Donum vitae*, 1987, n. I, 4).

Conversão da gravidez ectópica em gravidez uterina

Necessidade de investimento:

É preciso também que, nas faculdades de Medicina, sejam ensinadas as possíveis técnicas de conversão tubário-uterina e que o Estado invista seriamente na pesquisa em laboratório sobre esse procedimento.

Conversão da gravidez ectópica em gravidez uterina

O papel dos veterinários:

Aos veterinários caberá um papel importante nessa pesquisa. Com efeito, a eles será possível não apenas diagnosticar uma gravidez ectópica, mas ainda *provocá-la* em animais e tentar convertê-la em gravidez uterina, com uma liberdade de experimentação que não têm os médicos que lidam com vidas humanas.

Prevenção da gravidez ectópica

Como “prevenir é melhor que remediar”, é ainda mais necessária uma campanha de prevenção à gravidez ectópica, a fim de evitar as condutas de risco, quais sejam:

- a promiscuidade sexual (causa da doença inflamatória pélvica, que obstrui as trompas de Falópio),
- o uso de anticoncepcionais hormonais e abortivos, como o DIU (que impedem a nidação uterina e aumentam a possibilidade de nidação extrauterina)
- e o recurso a técnicas de fecundação artificial (nas quais a hiperestimulação ovariana favorece a implantação em sede extrauterina)

Como se vê, nada mais se requer que uma verdadeira educação para a castidade e para a abertura à vida.

A cultura da castidade

- A valorização da CASTIDADE está na base do respeito à VIDA.
- Namoro santo, fidelidade matrimonial, ato sexual aberto à procriação.
- Maiores informações no sítio do Pró-Vida de Anápolis

www.providaanapolis.org.br





*Coração Imaculado de Maria,
livrai-nos da maldição do aborto!*

