

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

**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

Capa, projeto gráfico:

Marissol Martins de Santana
marissol.martins@gmail.com

Explicação do desenho da capa:

Um embrião humano implantado na trompa de Falópio (portanto, fora do útero), ameaçado de morte por uma salpingectomia (simbolizada pela tesoura) e pela aplicação do fármaco metotrexato (simbolizado pela seringa de injeção), procedimentos comuns em uma gravidez ectópica.

Cruz, Luiz Carlos Lodi da

O princípio da ação com duplo efeito e sua aplicação à gravidez ectópica / Luiz Carlos Lodi da Cruz – Anápolis: Múltipla, 2009.

88 p.; 15,5 x 22,5 cm

Palavras-chave:

1. Duplo efeito. 2. Gravidez ectópica 3. Conversão tubário-uterina

Imprimatur

Anápolis, 24 de julho de 2009

Dom João Wilk, Bispo Diocesano de Anápolis - GO

*Em matéria de princípios,
devemos ser furiosamente intransigentes*

Dom Manoel Pestana Filho,
Bispo Emérito de Anápolis, GO

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, Autor e Senhor da Vida. Agradeço a Maria Santíssima, mãe de Deus e nossa, à qual me consagrei na qualidade de escravo, segundo o método de São Luís Maria Grignon de Montfort.

Agradeço a Dom João Wilk, Bispo Diocesano de Anápolis (GO), que gentilmente concedeu-me o *Imprimatur* para esta dissertação.

Agradeço a Dom Manoel Pestana Filho, Bispo Emérito de Anápolis, que me estimulou e estudar Bioética em Roma. Sua santa intransigência com os princípios morais veio-me à lembrança quando decidi escrever sobre a correta aplicação do princípio da ação com duplo efeito.

Agradeço ao teólogo Antonio Donato Paulo Rosa, que me apoiou durante todo o percurso desta dissertação e me forneceu preciosas fontes bibliográficas acerca da conversão da gravidez ectópica em gravidez uterina.

Agradeço aos médicos que me socorreram, respondendo às minhas perguntas sobre a gravidez ectópica, em especial Dra. Marli Virginia Gomes Macedo Lins e Nóbrega, Dr. José Arantes da Silva, Dra. Lucinda Maria Lodi Ciuffo, Dra. Elizabeth Kipmman Cerqueira e Dr. Dernival da Silva Brandão.

Agradeço ao meu diretor Prof. Pe. Víctor Pajares, da Faculdade de Bioética do Pontifício Ateneu Regina Apostolorum, que aceitou a missão de orientar-me nesta dissertação.

Agradeço ao Pe. Nathanael Thanner e à professora Berenice Oliveira, que fizeram a revisão gramatical do texto.

Agradeço à projetista Marissol Martins de Santana, que generosamente dispôs-se a elaborar o desenho da capa e a fazer o projeto gráfico do livro.

Agradeço ao meu pai (*in memoriam*) e à minha mãe, por me terem transmitido a vida e por me terem ensinado, por palavras e exemplos, a respeitá-la como sagrada.

Agradeço aos Frades Franciscanos da Imaculada, que gentilmente me hospedaram em Roma durante os meus estudos.

Agradeço a todos os amigos pró-vida espalhados pelo Brasil e pelo mundo, que me ajudaram com suas preciosas orações.

Espero que a leitura deste livro ajude os profissionais de saúde, que tantas vezes se deparam com o delicado caso da gravidez ectópica.

Se servir para salvar a vida de um só bebê, já terá valido a pena tê-lo escrito.

Anápolis, 21 de agosto de 2009.

Pe. Luiz Carlos Lodi da Cruz

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
I. O PRINCÍPIO DA AÇÃO COM DUPLO EFEITO	13
1. <i>A morte do inocente como meio</i>	13
2. <i>A morte do inocente como segundo efeito</i>	15
3. <i>A formulação do princípio da ação com duplo efeito</i>	16
4. <i>Origem histórica do princípio da ação com duplo efeito</i>	19
5. <i>Os juristas e o princípio da ação com duplo efeito</i>	21
II. CASOS CONTROVERSOS	25
1. <i>A legítima defesa</i>	25
2. <i>A histerectomia em uma gestante com câncer</i>	29
III. O PROBLEMA ÉTICO DA GRAVIDEZ ECTÓPICA	33
1. <i>A gravidez ectópica</i>	33
2. <i>A salpingectomia em uma gravidez tubária</i>	34
3. <i>Declarações do Magistério relacionadas com a gravidez ectópica</i>	35
4. <i>A tese de Bouscaren</i>	39
5. <i>O problema do momento da remoção da trompa</i>	43
6. <i>Dificuldades da tese de Bouscaren</i>	47
a. <i>Primeira dificuldade</i>	47
b. <i>Segunda dificuldade</i>	52
7. <i>Depois de Bouscaren, outras distinções</i>	53
8. <i>A expectativa armada</i>	56
9. <i>A ordenha tubária</i>	63
10. <i>Avaliação moral</i>	65
IV. CONVERSÃO DA GRAVIDEZ ECTÓPICA EM GRAVIDEZ UTERINA	67
1. <i>Tentativas e sucessos</i>	67
2. <i>Moralidade da conversão tubário-uterina</i>	79
3. <i>A necessidade de uma conclamação</i>	81
CONCLUSÃO	83
BIBLIOGRAFIA	85

INTRODUÇÃO

O princípio da ação com duplo efeito é uma ferramenta poderosa de que dispomos para resolver questões intrincadas de bioética, quando um ato em si bom, praticado com boa intenção, produz um efeito mau indesejado, mas inevitável. O desconhecimento ou o conhecimento imperfeito desse princípio pode levar a consequências desastrosas do ponto de vista moral.

O objetivo da presente dissertação é expor a doutrina da ação com duplo efeito e verificar a legitimidade de sua aplicação às diversas terapias hoje disponíveis para a gravidez ectópica, em especial para a gravidez tubária.

No capítulo primeiro, será apresentada, por meio de exemplos, a formulação exata do princípio da causa com duplo efeito, assim como o percurso histórico que levou os moralistas a formulá-lo.

No capítulo segundo, serão apresentados dois casos controversos – a morte de um agressor em legítima defesa e a remoção de um útero grávido canceroso – com as respectivas propostas de solução a partir do referido princípio.

No capítulo terceiro, será enfrentado, com base no mesmo princípio, o difícil problema da gravidez ectópica e suas diversas opções terapêuticas, com as declarações do Magistério até hoje feitas sobre o tema. Dar-se-á uma atenção especial à tese de Bouscaren, segundo a qual é lícito remover a trompa contendo em si um embrião implantado, antes mesmo da ruptura tubária. Serão apresentadas as dificuldades que o caso apresenta na aplicação do princípio acima citado. Ao fim, serão identificados, dentre os procedimentos terapêuticos, quais *seguramente* não constituem um atentado direto à vida do embrião humano.

No capítulo quarto, será tratada a possibilidade de transplantar a criança da tuba para o útero, uma técnica cirúrgica existente desde 1915, mas pouco conhecida e pouco aplicada. Será estudada sua viabilidade técnica e sua licitude moral. Por fim, verificar-se-á de que modo os profissionais de saúde e a população

em geral podem contribuir para a prevenção e a cura da gravidez ectópica, levando em conta as atuais possibilidades diagnósticas e cirúrgicas.

I. O PRINCÍPIO DA AÇÃO COM DUPLO EFEITO

1. A morte do inocente como meio

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:

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. 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 Maria¹.

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. No entanto, 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.

¹ W. KELLER, *E a Bíblia tinha razão...*, tr. João Távora. Melhoramentos, São Paulo 1958², 340.

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.

Sobre o aborto *diretamente* provocado como *meio* para salvar a vida da gestante, mesmo em caso de *extrema necessidade*, assim se pronunciou Pio XI:

Pelo que diz respeito à “*indicação médica e terapêutica*” – para usar as suas próprias palavras – já dissemos, Veneráveis Irmãos, quanta compaixão sentimos pela mãe, a qual, por ofício da natureza, encontra-se exposta a graves perigos, seja de saúde, seja da própria vida: mas qual razão poderá jamais ter força para tornar desculpável, de qualquer maneira, a morte direta do inocente? Porque é dessa que se trata aqui. Seja que se cause a morte à mãe, seja que se cause à prole, será sempre contra o mandamento de Deus e a própria voz da natureza: “*Não matarás!*” (Ex 20,13). É de fato igualmente sagrada a vida de uma e da outra pessoa, e ninguém poderá destruí-la, nem sequer a autoridade pública. Com suma leviandade, quer-se deduzir do direito da espada, que vale só contra os delinquentes, este poder contra os inocentes; nem se pode invocar aqui o direito de defesa, até o sangue, contra um injusto agressor (quem, de fato, chamaria injusto agressor uma inocente criaturinha?); nem pode existir, de modo algum, o direito que chamam “*direito de extrema necessidade*”, e que possa chegar até a morte direta do inocente².

² PIO XI, *Casti Conubii*, in AAS 22 (1930), 562-563, (cap. II), cit. in ENCHIRIDION DELLE ENCICLICHE. Edizione bilingue. V. Pio XI, Edizioni Dehoniane, Bologna 1998², n. 509.

2. A morte do inocente como segundo efeito

Um submarino é torpedeado em uma guerra³. 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.

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. 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.

A distinção entre *meio* e *efeito* é fundamental para que se resolvam certas questões cruciais da Bioética e do Biodireito. 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.

Se fôssemos obrigados a evitar todos os atos bons que acarretam ou podem acarretar algum efeito mau, ficaríamos paralisados. Para resolver essa questão, os moralistas formularam o princípio da *ação com duplo efeito*, que veremos a seguir.

³ Este exemplo é citado por T. A. CAVANAUGH, *Double-effect reasoning. Doing good and avoiding evil*, Oxford University Press, Oxford 2006, 13.

3. A formulação do princípio da ação com duplo efeito

O beneditino Estêvão Bettencourt, referindo-se ao dever do cristão de anunciar a verdade, mesmo sabendo que tal anúncio poderá ser causa de discórdias, explica o princípio da ação com duplo efeito:

A Teologia Moral aceita o princípio da causa com duplo efeito: um bom, diretamente intencionado, e outro mau, não intencionado, mas apenas tolerado. Eis como se formula este princípio:

É lícito recorrer a uma causa com duplo efeito — um bom, outro mau — desde que

1) o efeito bom não decorra do efeito mau, mas, ao contrário, seja obtido diretamente;

2) o efeito bom seja intencionado como tal; o efeito mau seja apenas admitido ou tolerado;

3) não haja outro meio de atingir o efeito bom a não ser ocasionando o efeito mau tolerado;

4) haja razões proporcionalmente graves para recorrer a tal causa;

5) o efeito bom atingido compense devidamente o efeito mau ocasionado.

Ora, a afirmação da verdade é, não raro, causa com duplo efeito: pode provocar reações hostis ou divisões, mas é lícita ou mesmo necessária, se se observam as condições acima indicadas⁴.

Nas cinco condições acima, E. Bettencourt deixa subentendido algo que outros autores fazem questão de explicitar: o ato deve ser *bom em si mesmo* ou, ao menos, indiferente. Isso se verifica no exemplo de anunciar a verdade, que é um ato em si bom, embora possa trazer efeitos maus. Ao contrário, não seria lícito dizer uma mentira, que é um ato intrinsecamente mau, ainda que a

⁴ E. BETTENCOURT. “Silenciar a verdade para preservar a paz?” *Pergunte e Responderemos* 285 (1986), 13. O destaque é nosso.

intenção fosse boa, como evitar uma discórdia⁵. Sobre isso assim se exprime o Catecismo da Igreja Católica:

Uma intenção boa (por exemplo, ajudar o próximo) não torna bom nem justo um comportamento que é em si mesmo desordenado (como a mentira e a maledicência). O fim não justifica os meios. Assim, não se pode justificar a condenação de um inocente como meio legítimo para salvar o povo⁶.

Por isso, a terceira condição de E. Bettencourt precisa ser bem entendida. É necessário que não haja outro meio de atingir o efeito bom *a não ser praticando o ato bom* que, lamentavelmente, acarreta também um efeito mau. No caso da mulher faminta durante o cerco de Jerusalém, o fato de não haver outro meio de sobreviver a não ser matando e devorando o próprio filho não justifica o seu ato homicida, que é intrinsecamente mau. O princípio da ação com duplo efeito nunca justifica atos maus. Ele serve para justificar *atos bons*, praticados com *boa intenção*, mas que acarretam inevitavelmente um *efeito colateral mau*, indesejável, mas inevitável, embora previsível.

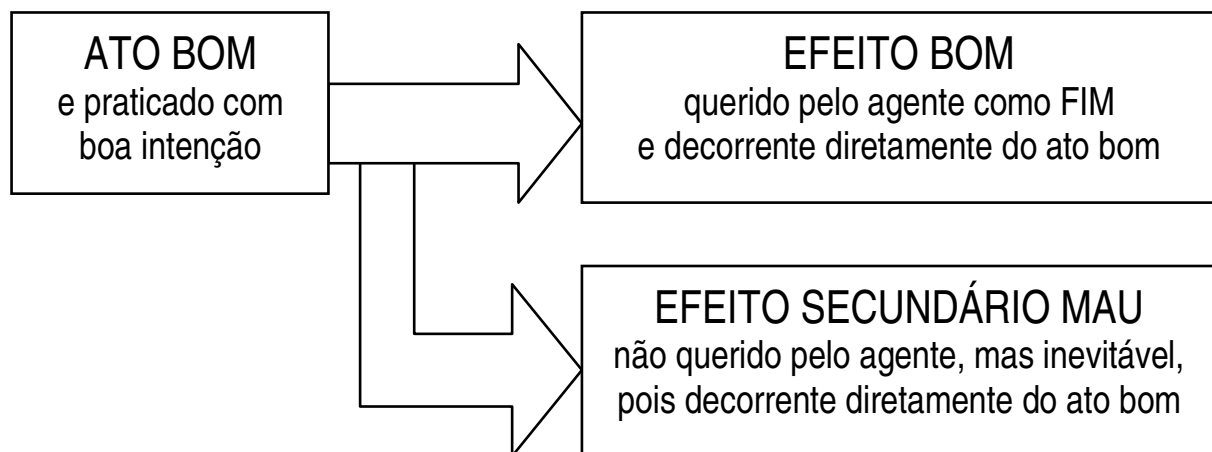


Figura 1 – O princípio ético da ação com duplo efeito

⁵ Ramón Lucas Lucas diz que “mentir para ganhar na loteria e depois dar o dinheiro em beneficência, não seria uma ação em si boa e, portanto, é ilícita” (R. LUCAS LUCAS, *Bioética per tutti*, San Paolo, Cinisello Balsamo 2005², 27.)

⁶ CATECHISMUS CATHOLICAE ECCLESIAE. Testo latino e italiano, Libreria Editrice Vaticana, Vaticano 1999, n. 1753.

Por último, a quinta condição de E. Bettencourt (*que o efeito bom atingido compense devidamente o efeito mau ocasionado*) é entendida por Giuseppe Aertnys e Cornelio Damen do seguinte modo: “que o efeito bom seja superior ou ao menos equivalente ao efeito mau”⁷. Idêntico é o entendimento de Ramón Lucas Lucas: “o efeito bom deve ser proporcionalmente superior ou ao menos equivalente ao efeito mau”⁸.

Seria, por exemplo, inadmissível que uma mulher grávida tomasse talidomida para aliviar seus enjoos. A razão é que essa substância, se ingerida durante a gravidez, provoca *focomelia* na criança (encurtamento dos membros junto ao tronco, dando a aparência de uma foca). O alívio dos enjoos (efeito bom almejado) é muito inferior ao efeito mau causado indiretamente sobre o bebê⁹.

Diversamente, 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 aplicação do princípio da ação com duplo efeito ao campo obstétrico foi explicada por Pio XII, em um discurso de 26 de novembro de 1951 aos participantes do congresso Frente da Família (*Fronte della Famiglia*) e às Associações de Famílias Numerosas (*Associazioni delle Famiglie Numerose*):

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

⁷ I. AERTNYS, - C. DAMEN, I. *Theologia Moralis secundum doctrinam S. Alfonsi de Ligorio Doctoris Ecclesiae*, I, Marrieti, Roma 1956¹⁷, 70.

⁸ R. LUCAS LUCAS, *Bioética per tutti*, San Paolo, Cinisello Balsamo 2005², 28.

⁹ Segundo R. LUCAS LUCAS, “no caso do aborto, não haveria proporção se, para curar um resfriado, a mãe tomasse uma substância que provocasse a morte do embrião” (*Ibid.*, 28).

Pois se, por exemplo, a salvação da vida da futura mãe¹⁰, independentemente do seu estado de gravidez, requeresse urgentemente um ato cirúrgico ou outra aplicação terapêutica, que tivesse como consequência 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 remédio¹¹.

Note-se que o Pontífice fala de uma intervenção *urgente*, feita *para salvar a vida da mãe* e que seria feita *independentemente do seu estado de gravidez*. Este último requisito terá particular importância na análise do caso da gravidez ectópica.

Também a Academia de Medicina do Paraguai (1996) descreveu de maneira lapidar o princípio da ação com duplo efeito:

Não comete ato ilícito o médico que realiza um procedimento tendente a salvar a vida da mãe durante o parto ou em curso de um tratamento médico ou cirúrgico, cujo efeito cause *indiretamente* a morte do filho quando não se pode evitar esse perigo por outros meios¹².

4. *Origem histórica do princípio da ação com duplo efeito*

O princípio da ação com duplo efeito foi desenvolvido pelos teólogos dos séculos XVI e XVII, especialmente pelos carmelitas descalços de Salamanca (Espanha), conhecidos como Salmanticenses. Segundo Joseph T. Mangan, o princípio é explicado

¹⁰ Nesta passagem o Pontífice comete, inadvertidamente, um erro de linguagem, ao chamar “futura mãe” aquela que já é mãe.

¹¹ PIO XII. *Discorsi ai medici*. Orizzonte Medico, Roma, 1960⁶, 179.

¹² ACADEMIA DE MEDICINA DEL PARAGUAY, *Declaración aprobada por el Plenario Académico Extraordinario en su sesión de 4 de Julio de 1996*. O destaque é nosso.

no “Cursus Theologicus” dos Salmanticenses, escrito em 1674 por Domingos de Santa Teresa¹³. Guido M. Miglieta encontrou outro texto no “Cursus Theologiae Moralis” dos Salmanticenses, escrito por Sebastião de São Joaquim¹⁴, em que há quatro parágrafos em perfeita correspondência com as condições do princípio, tal como o conhecemos hoje.

Coube ao jesuíta Jean Pierre Gury em 1850, em seu *Compendium Theologiae Moralis*, expor de maneira clara, simples e abrangente o princípio da ação com duplo efeito em quatro condições. A sua formulação se tornou clássica, e aparece seja nas edições seguintes do seu *Compendium*, seja nas obras dos moralistas posteriores¹⁵.

Transcrevemos, a seguir, como Gury enuncia o princípio na nona edição de seu compêndio, publicada pela Tipografia Poliglota de Propaganda da Fé em 1887 e revista pelo autor:

Princípio. É lícito atuar uma causa boa ou indiferente, da qual imediatamente se seguem dois efeitos, um bom, outro mau, desde que haja uma razão proporcionalmente grave e o fim do agente seja honesto, ou seja, não deseje o efeito mau.

A razão deste princípio é que, se tal ação não fosse lícita, o agente pecaria ou por desejar o efeito mau, ou por atuar a causa, ou por prever o efeito mau.

Mas nada disso se pode dizer.

Com efeito, 1º a ação não é ilícita por causa do fim, que se supõe honesto; 2º nem em razão da atuação da causa, que se supõe boa ou ao menos indiferente [...]; 3º nem pela previsão do efeito mau, pois por hipótese ele não é desejado, mas só permitido, e há uma razão proporcionalmente grave e justa para permiti-lo.

¹³ Cf. SALMANTICENSES, *Cursus Theologicus*, t. 7, tr. 13, disp. 10, dub. 6, n. 211 e seguintes, cit. in J. MANGAN. “An historical analysis of the principle of the double effect”, *Theological Studies* 10 (1949) 56-58.

¹⁴ Cf. SALMANTICENSES, *Cursus Theologiae Moralis*, t. 5, tr. 20, cap. 13, n. 21-24, cit. in G. M. MIGLIETA, *Teologia morale contemporanea. Il principio del duplice effetto*, Urbaniana University Press, Roma 1997, 235-242.

¹⁵ Cf. G. M. MIGLIETA, *Teologia morale contemporanea...* 25-26

Entretanto, todas as quatro condições enunciadas neste princípio devem estar presentes simultaneamente, a saber: 1º que o fim do agente seja honesto; 2º que a causa seja boa; 3º que o efeito bom seja imediato; 4º que haja uma razão grave para atuar a causa, e que o agente não esteja obrigado a omiti-la por justiça, por ofício ou por caridade.

Portanto:

1º O fim deve ser bom, isto é, o agente não deve desejar o efeito mau, porque senão o efeito seria em si voluntário. Por isso, de nenhum modo ele deve comprazer-se do efeito mau.

2º A causa deve ser boa ou, ao menos, indiferente, ou seja, não deve ser oposta a nenhuma lei. A razão é evidente. Se a causa fosse má em si mesma, tornaria a ação culpável.

3º O efeito bom deve seguir imediatamente a causa. A razão é que, se a causa tivesse direta e imediatamente um efeito mau e se o efeito bom só ocorresse mediante o efeito mau, então o bem seria desejado por meio do mal. Mas nunca é lícito fazer um mal, ainda que leve, para obter um bem; pois, conforme o conhecido axioma do Apóstolo extraído de *Rm 3,8*: *nunca se deve fazer o mal para que daí decorra o bem*. Assim, não é lícito mentir, mesmo para salvar a vida de um homem.

4º Deve haver uma razão proporcionalmente grave para atuar a causa, pois a equidade natural obriga-nos a evitar os males e impedir os danos ao próximo, quando podemos fazê-lo sem um dano proporcionalmente grave¹⁶.

5. Os juristas e o princípio da ação com duplo efeito

Os juristas, em sua maioria, não fazem distinção entre meio e efeito, quando se trata do “estado de necessidade”. Para muitos deles, é indiferente provocar o aborto para salvar a vida da mãe

¹⁶ J. P. GURY, *Compendium theologiae moralis*, I, Typogr. Polygl. Vat., Roma 1887⁹, cit. in G. M. MIGLIETA, *Teologia morale contemporanea...* 29-33.

(aborto como meio) ou aplicar uma terapia na mãe que provoque indiretamente a morte do nascituro (aborto como efeito).

Referindo-se ao aborto chamado “necessário”, assim se exprime o Código Penal brasileiro:

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico:
I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante.

Em agosto de 1998, na época em que o Ministério da Justiça pretendia reformar o Código Penal, os bispos brasileiros enviaram ao Presidente da Comissão Revisora do Anteprojeto do Código Penal, Luiz Vicente Cernicchiaro, uma sugestão em que o artigo acima teria a seguinte redação:

Art. 128 - Não constitui crime um procedimento médico, não diretamente abortivo, tendente a salvar a vida da gestante, que tenha como efeito secundário e indesejado, embora previsível, a morte do nascituro.
Parágrafo único: A exclusão de ilicitude referida neste artigo não se aplica:
I - se a morte do nascituro foi diretamente provocada, ainda que tenham sido alegadas razões terapêuticas
II - se era possível salvar a vida da gestante por outros procedimentos que não tivessem como efeito secundário a morte do nascituro.

Note-se que, na proposta dos bispos, desaparecia o aborto como *meio*, admitindo-se a morte do nascituro apenas como *efeito*, desde que observadas diversas condições. Essa sugestão, infelizmente, não foi acolhida pelo governo brasileiro. Subsiste, portanto, na atual redação do artigo 128 a palavra *meio*.

Muitos anos antes, o jurista Nelson Hungria já zombava da aplicação do princípio da ação com duplo efeito pela Igreja Católica:

... Ora, esse apelo ao *aborto indireto* é apenas uma acomodação com o céu, um expediente arditamente excogitado para conciliar escrúpulos religiosos com a

imperativa necessidade prática. Tanto vale querer um resultado quanto assumir o risco de produzi-lo...¹⁷

O erro do raciocínio acima é elementar. O *dolo direto* (querer um resultado) equivale ao *dolo eventual* (assumir o risco de produzi-lo) porque neste caso o agente pouco se importa com a produção do eventual resultado. O homicida que, mirando em direção ao seu desafeto, que está cercado de outras pessoas, diz consigo mesmo “pouco me importa se, ao errar o tiro, eu vier a matar outrem”, está agindo com dolo eventual.

Caso totalmente diferente é o do médico que, querendo preservar a vida do nascituro e temendo que ele venha a morrer, ainda assim prescreve a uma gestante vítima de infecção renal um antibiótico que eventualmente poderá ter efeito abortivo.

¹⁷ N. HUNGRIA, *Comentários ao Código Penal*, v. 5, Forense, Rio de Janeiro 1958⁴, 308.

II. CASOS CONTROVERSOS

1. A legítima defesa

A expressão “duplo efeito” ocorre na Suma Teológica (II-II, q. 64, a. 7) quando Santo Tomás de Aquino (1225-1274) justifica a morte do injusto agressor, se ela é necessária para a salvação da própria vida. Essa passagem é citada pelo Catecismo da Igreja Católica:

A defesa legítima das pessoas e das sociedades não é uma exceção à proibição de matar o inocente que constitui o homicídio voluntário. «Do ato de defesa pode seguir-se um duplo efeito: um, a conservação da própria vida; outro, a morte do agressor». «Nada impede que um ato possa ter dois efeitos, dos quais só um esteja na intenção, estando o outro para além da intenção»¹⁸.

Santo Tomás teve o cuidado de interrogar *se é lícito matar alguém, defendendo-se* (“*utrum liceat alicui occidere hominem seipsum defendendo*”) e não *se é lícito matar alguém para se defender* (“*ut seipsum defendat*”). Do modo como é exposta e respondida a questão, a defesa de si mesmo e a morte do agressor aparecem como dois efeitos que decorrem simultaneamente do ato defensivo.

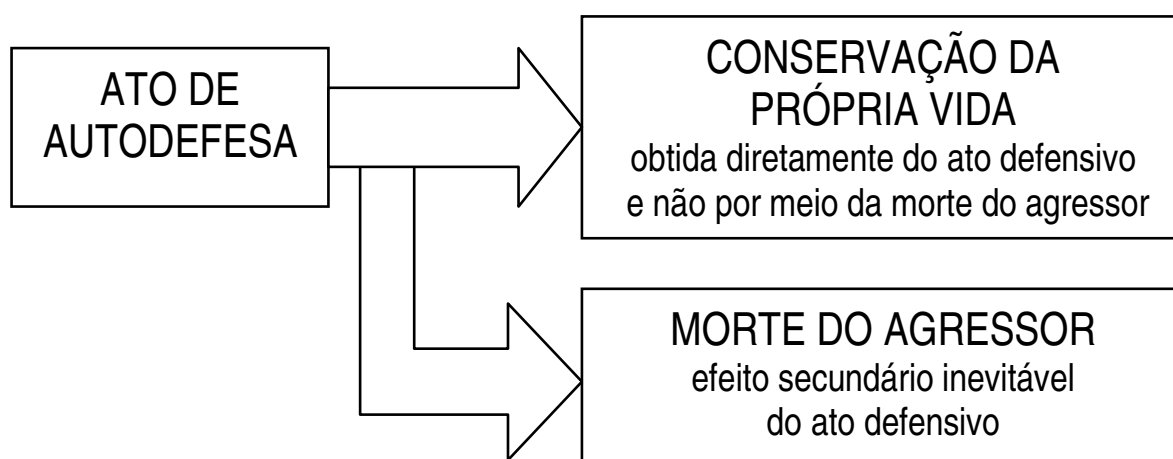


Figura 2 – A morte do agressor como efeito secundário do ato defensivo

¹⁸ CATECHISMUS CATHOLICAE ECCLESIAE..., n. 2263.

No corpo do artigo, São Tomás afirma literalmente que é ilícito matar alguém *para se defender* (“illicitum est quod homo intendat occidere hominem ut seipsum defendat”)¹⁹, a não ser que se esteja revestido de autoridade pública.

Francis J. Connell encontra um problema na aplicação do princípio da causa com duplo efeito à legítima defesa:

Uma dificuldade na aplicação do princípio a este caso, entretanto, é que parece faltar a terceira condição, uma vez que a preservação da própria vida parece decorrer da morte do agressor. Assim, outros afirmariam que, neste caso, Deus dá à vítima a permissão para proteger-se, se necessário, mediante a ocisão direta do injusto agressor²⁰.

Que a vítima possa defender-se causando *indiretamente* a morte do agressor é óbvio. Há, porém, moralistas que afirmam que a vítima pode se defender também causando *diretamente* a morte do agressor, desde que seja guardada a devida moderação.

Joseph T. Mangan relata que, segundo interpretação de Leonardo Léssio, Domingos de Soto e Gabriel Vásquez, o princípio da ação com duplo efeito não teria sido aplicado por Santo Tomás à autodefesa. Em consequência, a morte do agressor poderia ser querida como *meio*.

Em 1937, na Universidade Gregoriana, Vicente M. Alonso defendeu a tese “*El principio del doble efecto en los comentadores de Santo Tomas de Aquino*”, segundo a qual aquele artigo da Suma Teológica (II-II, q. 64, a. 7) nada teria a ver com o princípio da ação com duplo efeito, na significação que atualmente damos a esses termos. Os intérpretes modernos teriam dado aos termos de São Tomás um significado que não correspondiam ao contexto histórico e ideológico em que foram escritos. Para Alonso, o termo “*praeter intentionem*” (para além da intenção) não significa que a vítima seja

¹⁹ Essa passagem não foi incorporada ao Catecismo da Igreja Católica.

²⁰ F. J. CONNELL, “Double effect, principle of”, in THE CATHOLIC UNIVERSITY OF AMERICA, *New catholic encyclopedia*, McGraw-Hill, New York 1967. volume IV, 1021.

proibida de querer diretamente a morte do agressor como *meio* de autodefesa. Significa somente que a morte do agressor não pode ser querida como *fim em si mesmo*²¹.

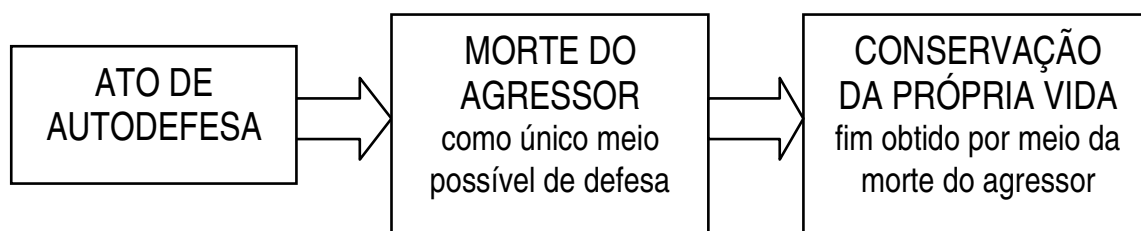


Figura 3 - A morte do agressor como meio para se defender

Mangan, que não concorda com Alonso, cita diversos outros autores que interpretaram aquela passagem de Santo Tomás como a enunciação do princípio da ação com duplo efeito tal como o entendemos hoje, excluindo, portanto a ocisão direta do agressor: Tomás Caetano, Francisco de Vitória, De Lugo, João de São Tomás e Gregório de Valença²².

Segundo refere Bouscaren (um autor do qual nos ocuparemos de modo especial mais adiante), Cardeal De Lugo interpreta literalmente Santo Tomás, mas não concorda com ele. Para De Lugo, o direito de legítima defesa não é explicado pelo princípio da ação com duplo efeito, uma vez que a morte do agressor pode ser querida como meio²³.

Marcelino Zalba afirma que é lícita a defesa cruenta “ao menos indireta” (“saltem indirecta”) contra um injusto agressor. Mas acrescenta: “Há, porém, quem julgue lícita a intenção de ferir ou matar o agressor até o ponto em que seja um meio necessário para a defesa”²⁴. E ainda:

²¹ Cf. J. MANGAN. An historical analysis..., 45-46.

²² Cf. J. MANGAN. An historical analysis..., 49.

²³ Cf. T. L. BOUSCAREN, *Ethics of ectopic operations*, Loyola University Press, Chicago 1933, 47.

²⁴ M. ZALBA. *Theologiae Moralis Summa. Vol. II. Theologia moralis specialis. De mandatis Dei et Ecclesiae. De statibus particularibus*. Biblioteca de Autores Cristianos, Madri 1957², 76.

A muitos parece que seja lícito intencionar a própria defesa cruenta e assim, a vulneração ou ocisão do agressor como meio legítimo e honesto instituído por Deus para perseguir o direito. De fato, é mais obscura a explicação da defesa cruenta tirada do princípio da ação com duplo efeito, pois a conservação da própria vida se obtém mais pela vulneração da vida alheia do que enquanto ela é vulnerada (“potius habetur per vulnerationem alienae vitae quam dum haec vulneratur”)²⁵.

Alsem Günthör inclui entre os casos de “ocisão *direta* do próximo lícita” a “ocisão de um injusto agressor na esfera privada”²⁶.

Vejamos o que diz o Catecismo da Igreja Católica:

O amor para consigo mesmo permanece um princípio fundamental de moralidade. É, portanto, legítimo fazer respeitar o seu próprio direito à vida. Quem defende a sua vida não é réu de homicídio, mesmo que se veja constringido a desferir sobre o agressor um golpe mortal²⁷.

Dar um golpe mortal (“ictum ferre mortalem”) significaria matar diretamente o agressor? O Magistério da Igreja não se pronunciou explicitamente sobre a questão. O que é solenemente proibido pelo Magistério é *matar diretamente um ente humano inocente*: “ninguém, em circunstância alguma, pode reivindicar para si o direito de destruir diretamente um ser humano inocente”²⁸. O direito de matar diretamente o agressor como meio de autodefesa

²⁵ M. ZALBA. *Theologiae Moralis Summa...*, 79.

²⁶ Cf. A. GÜNTHÖR, *Chiamata e risposta. Una nuova teologia morale*. III. *Morale speciale. La relazione verso il prossimo*, Edizione Paoline, Roma 1977, 540.

²⁷ CATECHISMUS CATHOLICAE ECCLESIAE..., n. 2264.

²⁸ CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ, *Instrução sobre o respeito à vida humana nascente e a dignidade da procriação (Donum Vitae)*, Vozes, Petrópolis 1987, Introdução, 5.

continua sendo uma questão controvertida, cuja solução ultrapassa o escopo desta dissertação.

2. *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. Verifiquemos para este caso a aplicação do princípio da ação com duplo efeito.

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) se o médico simplesmente matasse a criança, mas deixasse o útero canceroso intacto, não salvaria a vida da mãe;

b) tal cirurgia seria feita mesmo se a mulher não estivesse grávida.

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.

Tal caso foi objeto de uma grande polêmica entre o franciscano Pe. Agostino Gemelli (contrário à histerectomia) e o jesuíta Pe. Arturo Vermeersch (favorável ao procedimento), como

testemunham os artigos publicados por ambos em 1933 na *Nouvelle Revue Théologique*²⁹.

Conforme narram Antonio Lanza e Pietro Palazzini, para Gemelli constituiria aborto direto a histerectomia em uma mulher grávida, assim como qualquer tipo de operação que provocasse *sempre, com certeza*, a morte da criança. Lanza e Palazzini contestam a posição de Gemelli:

Quando a ação dirigida a obter um efeito bom determinado não causa por si mesma o efeito mau, mas só na hipótese de um concurso acidental de outra causa, o efeito não deixa de ser acidental somente porque na hipótese desta coincidência ou causalidade acidental o efeito sempre se produza. Fazer voar uma ponte, sobre a qual se encontram por casualidade cidadãos livres, em caso de necessidade bélica, sempre foi considerado pelos teólogos um caso de voluntário indireto.

A gravidez é acidental na mulher grávida afligida por carcinoma no útero e a histerectomia se dirige diretamente a eliminar o tumor, não o produto da concepção³⁰.

O já citado pronunciamento de Pio XII, em um discurso de 26 de novembro de 1951 aos participantes do congresso Frente da Família (*Fronte della Famiglia*) e às Associações de Famílias Numerosas (*Associazioni delle Famiglie Numerose*) pôs fim à questão. De fato, o Pontífice falou da morte do feto como “consequência acessória, de nenhum modo querida nem tencionada, mas inevitável”³¹. Não se requer, portanto, como pretendia Gemelli,

²⁹ Cf. A. GEMELLI, *De avortement indirect. Application à l'avortement des notions de causalité per accidens et de causalité indirecte (I-II)*; in NOUVELLE REVUE THÉOLOGIQUE, 40 (1933) 500-527 e 577-599; A. VERMEERSCH, *Avortement indirect ou direct. Réponse au T. R. P. Gemelli, o.f.m.* in NOUVELLE REVUE THÉOLOGIQUE, 40 (1933) 600-620, cit. in E. SILVESTRINI, *L'embrione umano in gravidanza ectopica con particolare attenzione a quella tubarica. Aspetti antropologico-teologici e biologico-etici*, Ancora, Milano 2007, 483-484.

³⁰ A. LANZA – P. PALAZZINI. *Princípios de Teologia Moral. II. Las virtudes*. Ediciones RIALP, Madrid 1958, 279-280.

³¹ PIO XII. *Discorsi ai medici*. Orizzonte Medico, Roma, 1960⁶ 179.

que a morte da criança seja apenas possível, mas não certa. A histerectomia, que sempre produz como efeito secundário a morte da criança, é um procedimento em si legítimo. Mas, a tolerância deste efeito (que é grave), requer que haja uma razão proporcionalmente grave para a intervenção cirúrgica.

III. O PROBLEMA ÉTICO DA GRAVIDEZ ECTÓPICA

1. 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 *salpinge* ou *trompa de Falópio*.

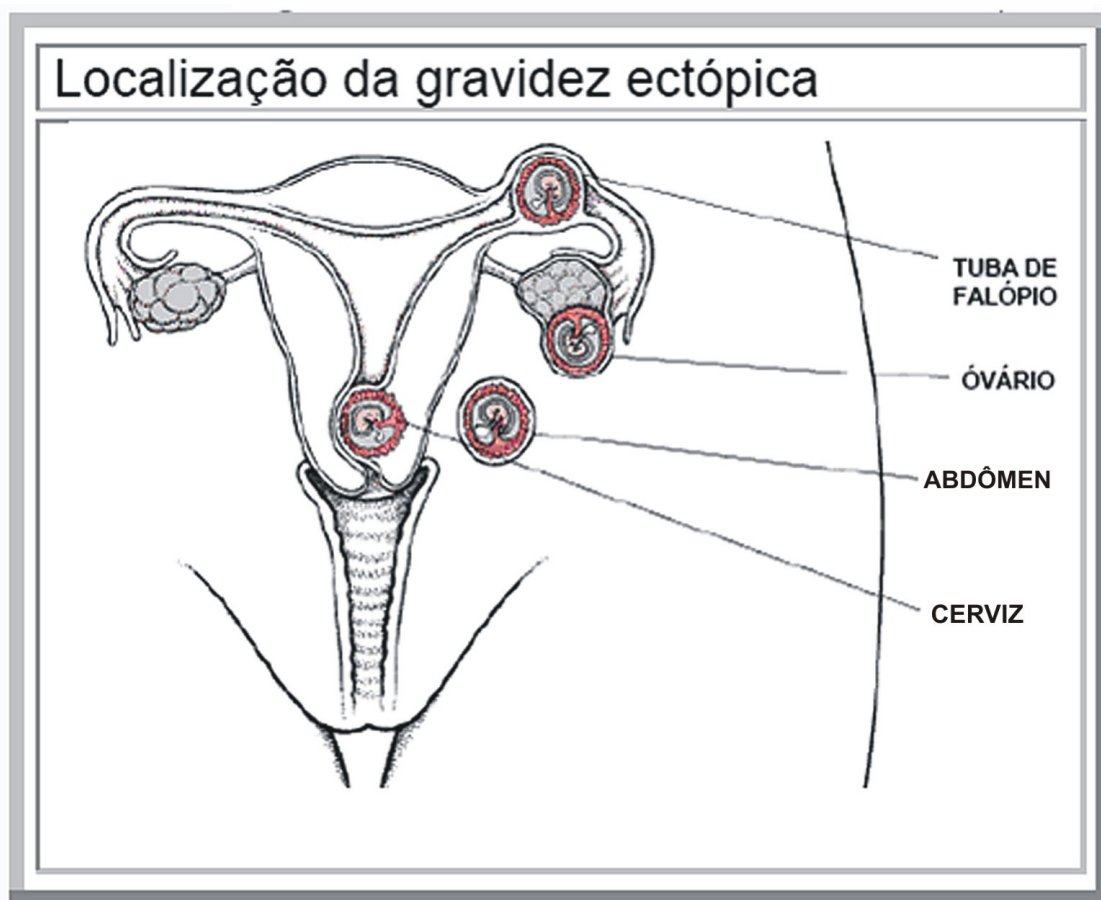


Figura 4 – Tipos de gravidez ectópica

Segundo Brian Clowes, “a salpingectomia (remoção da trompa de Falópio) [...] é a mais comum aplicação do princípio do duplo efeito quando aplicado ao aborto”³².

2. A salpingectomia em uma gravidez tubária

Concentremos a atenção sobre a gravidez tubária, o mais frequente e o mais complicado caso de gravidez ectópica. O embrião está implantado na trompa de Falópio. Com o passar do tempo, a criança crescerá e causará a ruptura da trompa e, com ela, uma hemorragia que porá em perigo a vida da mãe. A solução (óbvia) para esse problema seria transportar o bebê para o útero, a fim de que a gestação prosseguisse em seu lugar natural até o nascimento. Tal técnica (chamada *conversão tubário-uterina*) será objeto do capítulo IV. Suponhamos, por ora, apenas por hipótese, que isso seja impossível do ponto de vista cirúrgico. Que poderíamos fazer para resolver esse problema? Há várias atitudes possíveis, nem todas eticamente aceitáveis³³:

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. Obviamente, essa cirurgia antecipa a morte da criança.

b) *Metotrexato*: é um fármaco que, quando aplicado sobre o trofoblasto, impede o desenvolvimento do embrião e causa a sua morte por inanição. Como no caso anterior, esse procedimento visa preservar a trompa.

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. Essa técnica, além de preservar a trompa, não excluiria a possibilidade (remotíssima) de

³² B. CLOWES. *The facts of life. An authoritative guide to life and family issues*, Human Life International, Front Royal, Virginia 2001², 193.

³³ Cf. A. G. SPAGNOLO – M. L. DI PIETRO, “Quale decisione per l’embrione in una gravidanza tubarica?”, *Medicina e Morale* 2 (1995), 293-306.

que o embrião viesse a se implantar no útero, prosseguindo a gestação³⁴.

d) *Salpingectomia*: 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 hemorragia³⁵.

Nas tentativas de justificação de cada uma das condutas acima, está sempre presente, como veremos, o princípio da ação com duplo efeito. Esse maravilhoso e utilíssimo princípio ético já deu ocasião a abusos, obrigando a Igreja a intervir para explicar sua correta aplicação.

Examinemos como o Magistério da Igreja se pronunciou sobre algumas soluções propostas para problemas obstétricos no final do século XIX e início do século XX.

3. Declarações do Magistério relacionadas com a gravidez ectópica

No século XIX, a cesariana era uma operação arriscada, com alta taxa de mortalidade materna, que só diminuiria a partir da difusão da antissepsia. Diante de uma bacia estreita, parecia não haver outra escolha além de provocar o parto antes da maturidade da criança ou praticar a craniotomia, com o parto já iniciado³⁶. A craniotomia consistia na perfuração do crânio da criança e na aspiração da substância cerebral, de modo a tornar possível a extração do bebê, obviamente morto. Os cirurgiões que a praticavam sustentavam que era simplesmente um meio de extrair o feto sem esperança de sobrevivência e de salvar a mãe que, de outro modo,

³⁴ Cf. G. GIOVANELLI. *La gravidanza ectopica nella tradizione e nel dibattito bioetico contemporâneo. Dissertatio ad doctorandum in Theologia Morali consequendum*. Academia Alfonsiana, Fano 2006, 408-410.

³⁵ Cf. A. R. MARÍN, *Teologia Moral para seculares. I. Moral Fundamental y Especial*, La Editorial Católica, Madrid 1957, 434.

³⁶ Cf. M. P. FAGGIONI, “Problemi morali nel trattamento della preeclampsia e della corioamnionite”, *Medicina e Morale* 3 (2008), 496.

também morreria³⁷. Autores como Pietro Avanzini defendiam essa prática considerando o bebê um *agressor materialmente injusto*, do qual a mãe poderia legitimamente defender-se pela violência³⁸.

Diante da controvérsia, o Santo Ofício (hoje Congregação para a Doutrina da Fé) foi consultado: “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?” A resposta, de 28 de maio de 1884, foi: “*não se pode ensinar com segurança*”³⁹.

Em 19 de agosto de 1888, o Santo Ofício respondeu a uma pergunta formulada pelo arcebispo de Cambrai (França) em 1886, relativa a certas operações cirúrgicas afins à craniotomia. A resposta foi: “*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*”⁴⁰.

Apesar de o Santo Ofício haver qualificado a craniotomia como “diretamente ocisiva”, encontramos, ainda hoje, Germain Gabriel Grisez justificando tal prática com base no princípio da ação com duplo efeito. Segundo Grisez, a craniotomia teria por objeto tão somente reduzir as dimensões do crânio da criança, sendo sua morte apenas um efeito indesejado⁴¹.

O novo arcebispo de Cambrai resolveu enviar ao Santo Ofício uma nova questão: 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

³⁷ Cf. M. P. FAGGIONI, “Problemi morali nel trattamento...”, 497.

³⁸ Cf. M. P. FAGGIONI, “Problemi morali nel trattamento...”, 504.

³⁹ M. ZALBA – J. BOZAL, *El magisterio eclesiastico y la medicina*. Razon y Fe, Madrid, 1955, 74.

⁴⁰ Cf. M. ZALBA – J. BOZAL, *El magisterio eclesiastico y la medicina...*, 81.

⁴¹ Cf. M. P. FAGGIONI, “Problemi morali nel trattamento...”, 516.

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 [*mediis et operationibus, per se atque immediate non quidem ad id tendentibus, ut in materno sinu fetum occidere*], mas tendentes a removê-lo de lá vivo, se possível, ainda que logo depois ele morresse por causa de sua imaturidade.

Note-se que Tício não praticava a *craniotomia*, prática esta diretamente ocisiva. Ele apenas *acelerava o parto*, embora soubesse que tal aceleração conduziria inevitavelmente à morte da criança. Seria possível em tal caso aplicar-se o princípio da ação com duplo efeito?

A resposta do Santo Ofício, de 24 de junho de 1895, foi *negativa*, 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*⁴².

Ou seja, segundo o Magistério da Igreja, é *diretamente ocisiva* não só a destruição do bebê no seio materno, mas também a sua expulsão prematura, pela qual ele morrerá. Não se pode falar aqui de um efeito *indireto*, como pretendia Tício. Assim explicam M. Zalba e J. Bozal:

É que a intenção do médico, ainda que explícita e reflexamente quereria salvar também a criatura, implícita e diretamente aceita e ainda escolhe matá-la, ao executar livremente a ação que em semelhantes circunstâncias é um atentado real contra aquela vida incipiente. Ineficaz e afetivamente quereria salvá-la; eficaz e efetivamente quer matá-la ao querer a ação que leva em si a morte⁴³.

Em 1898, o bispo do México propôs ao Santo Ofício três questões:

1^a. É lícita a aceleração do parto quando, por estreiteza da mulher, for impossível a saída do feto no seu devido tempo?

⁴² Cf. M. ZALBA – J. BOZAL, *El magisterio eclesiastico y la medicina...*, 84-85

⁴³ M. ZALBA – J. BOZAL, *El magisterio eclesiastico y la medicina...*, 86.

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?

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 feto⁴⁴.*

Como a resposta sobre a gravidez ectópica não fazia distinção entre fetos viáveis e não viáveis, 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?”

Em 5 de março de 1902, o Santo Ofício respondeu:

“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 [fetus et matris vitae, quantum fieri potest, serio et opportune providendum est]; 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

⁴⁴ M. ZALBA – J. BOZAL, *El magisterio eclesiástico y la medicina...*, 90.

tempo e modo nos quais, segundo as ordinárias contingências, se proveja a vida da mãe e do feto”⁴⁵.

Essa foi a última declaração do Magistério sobre a gravidez ectópica. Conclui M. P. Faggioni:

Afirmada com vigor a ilicitude da ocisão direta do feto, mesmo na forma de indução do parto ou da extração cirúrgica do feto certamente não viável, os moralistas se perguntaram se existiriam condições em que a perda do feto, mesmo se prevista e conexas com um ato cirúrgico, devesse ser considerada não diretamente ocisiva⁴⁶.

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? Uma solução para esse problema foi proposta pelo jesuíta Thomas Lincoln Bouscaren, usando o princípio da ação com duplo efeito. Sua tese de doutorado serviu de marco histórico na defesa da salpingectomia em uma gravidez tubária.

4. A tese de Bouscaren

Em junho de 1928, Thomas Lincoln Bouscaren defendeu, sob a direção de Arthur Vermeersch, sua tese doutoral na Faculdade de Teologia Moral da Universidade Gregoriana. Apresentada originalmente em latim, ela foi depois publicada em inglês sob o título “*Ethics of ectopic operations*”⁴⁷.

A tese defendida por Bouscaren, com aprovação de Vermeersch, é de que a tuba grávida possa ser removida *antes mesmo de sua ruptura*. A morte da criança seria produzida apenas

⁴⁵ M. ZALBA – J. BOZAL, *El magisterio eclesiastico y la medicina...*, 95.

⁴⁶ M. P. FAGGIONI, “Problemi morali nel trattamento...”, 500.

⁴⁷ T. L. BOUSCAREN, *Ethics of ectopic operations*, Loyola University Press, Chicago 1933.

indiretamente, uma vez que o objeto da cirurgia é a remoção da tuba, que se tornou patológica.

Bouscaren cita a objeção de quem afirma que é a própria gravidez ectópica, e não alguma condição patológica da tuba, que ameaça a vida da mãe. O objeção é Dr. Finney, cujas palavras são a seguir transcritas:

Será constatado que praticamente todos [os médicos] concordam que em uma gravidez tubária é a gravidez que causa perigo à vida da mãe. O mero fato de que os médicos chamem a gravidez tubária de uma condição patológica, ou uma doença, que ameaça a vida da mãe, não pode obscurecer o fato de que *é a gravidez, e não alguma condição patológica da tuba além da gravidez, que ameaça a vida da mãe*⁴⁸.

Bouscaren responde que tal objeção confunde a gravidez em si mesma (a presença do bebê) com o dano que essa presença causa à trompa. Segundo ele, é preciso distinguir entre o objeto próximo e o objeto remoto da operação ou, falando com termos mais precisamente éticos, o *objeto indireto* e o *objeto direto* da cirurgia. O objeto direto da salpingectomia, segundo ele, é a própria tuba, que, como resultado da gravidez, torna-se debilitada e desorganizada pela invasão das vilosidades coriônicas ou pela hemorragia interna, mesmo antes da sua ruptura⁴⁹.

Segundo Bouscaren, portanto, a criança não é a “doença” a ser removida. Seu crescimento, porém, torna a tuba doente. É esse órgão doente (que agora constitui uma fonte distinta de perigo para a vida da mãe) que é removido pela salpingectomia, tendo como efeito *indireto* a morte da criança que se encontra em seu interior. Vejamos como ele explica essa distinção:

É preciso, portanto, distinguir a afirmação de que “é a gravidez que causa o perigo à vida da mãe”. *Originalmente* ou *remotamente* é a gravidez que causa

⁴⁸ Resposta de Dr. Finney a Pe. Davis, *Ecclesiastical Review*, jan. (1928) 58, cit. in T. L. BOUSCAREN, *Ethics of ectopic operations...*, 159-160.

⁴⁹, T. L. BOUSCAREN, *Ethics of ectopic operations...*, 160-161.

o perigo; mas *finalmente e proximamente* – ou seja, aqui e agora, em muitos casos avançados de gravidez tubária, mesmo antes da ruptura da tuba – é a própria tuba. E se a própria tuba está, aqui e agora, tão desorganizada, ou no sentido amplo da palavra, tão “doente”, que apresenta um grave perigo para a vida da mãe, então o órgão pode ser removido sob certas condições e pouca diferença faz qual seja a causa de sua condição doente.⁵⁰

O ponto-chave da argumentação de Bouscaren é que a ruptura é apenas o final de um processo patológico: “... é absolutamente falso que em uma gravidez tubária a tuba permaneça sadia até o momento de sua ruptura externa”⁵¹. E ainda:

... o que é chamado ‘ruptura’ da tuba nada mais é do que o último estágio de um processo que é gradual e que frequentemente, muito antes da crise, enfraqueceu, crivou e desintegrou a própria tuba. Em consequência, é um erro conceber a ruptura tubária como o estouro repentino de um órgão que até o momento era perfeitamente sadio, um primeiro acidente resultante da mera distensão física causada pela pressão exercida pelo crescimento do feto⁵².

Se é lícito intervir após a ruptura, a fim de estancar a hemorragia, também será lícito, segundo ele, intervir antes da ruptura, desde que a trompa já esteja danificada e ameaçando a mãe, o que constituiria uma *causa proporcionada* para a intervenção.

A tese de Bouscaren teve uma difusão e aceitação generalizadas. Giorgio Giovanelli cita J. Mc. Carthy, J. Mc. Fadden, E. F. Healy, Gerald Kelly, J. Paquin e T. O’Donnel entre aqueles que a seguiram⁵³.

Também a defendem Antonio G. Spagnolo e Maria Luisa Di Pietro:

⁵⁰ T. L. BOUSCAREN, *Ethics of ectopic operations...*, 162.

⁵¹ T. L. BOUSCAREN, *Ethics of ectopic operations...*, 156.

⁵² T. L. BOUSCAREN, *Ethics of ectopic operations...*, 157-158.

⁵³ G. GIOVANELLI. *La gravidanza ectopica nella tradizione...*, 310-323.

Sobre o perigo para a mãe que justifique a intervenção de salpingectomia e torne aplicável o princípio do duplo efeito, é necessário precisar que tal perigo não se refere unicamente à ruptura em ato da tuba e à conseqüente hemorragia. Mesmo antes que esses eventos se verifiquem, pode haver a justificação médica e ética para intervir com a remoção da tuba ou de uma parte dela no caso em que a própria tuba resulte gravemente comprometida sob o plano anatomo-patológico pela presença do embrião, e que ponha sérios riscos para a vida da mulher. É o que defendeu há algum tempo o teólogo-moralista Bouscaren, em sua importante obra sobre a gravidez ectópica, e sucessivamente também a Conferência Nacional dos Bispos Católicos dos EUA, a qual nas “Diretivas éticas e religiosas para os hospitais católicos” considerou moralmente justificável a salpingectomia em uma gravidez ectópica, mesmo na previsão da morte do embrião, quando: 1. a tuba já esteja perigosamente danificada de um modo tal que justifique a sua remoção; 2. a intervenção cirúrgica não consista simplesmente em remover o embrião de seu lugar (o que seria um aborto direto); 3. a intervenção em questão não possa ser adiada sem um significativo perigo para a mãe”⁵⁴.

Emílio Silvestrini, em sua volumosa monografia sobre a gravidez ectópica editada em 2007, faz coro com os defensores da tese de Bouscaren, concluindo:

Depois de uma paciente e longa investigação antropológica [...], biomédica [...] e bioética [...], diversos moralistas e estudiosos julgam que no caso indicado, [...] não se trata de uma intervenção abortiva do embrião, mas de uma ação terapêutica sobre o órgão patológico da mãe que vem removido, uma vez que

⁵⁴ A. G. SPAGNOLO – M. L. DI PIETRO, “Quale decisione per l’embrione...”, 300. As diretivas citadas são CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS, *Ethical and religious directives for catholic Health Care Facilities*, Washington, D.C.: United States Catholic Conference, 1971.

este põe em perigo a vida e não há outro modo para salvá-la da morte certa. De fato, o órgão doente não é o do embrião, mas o da mãe. A morte do embrião, se já não ocorreu espontaneamente, como de costume acontece, ocorre casualmente por circunstâncias situacionais naturais, não obstante todas as cautelas e precauções proporcionadas e adotadas por aqueles que fazem a intervenção para evitar a morte do concebido. De fato, para os mesmos moralistas e estudiosos, não se trata de aborto direto, mas só indireto [...]. Portanto, diante de uma patologia tubária gravíssima, real e atual de perigo de vida para a mãe, *a intervenção laparotomo-salpingectômica é moralmente lícita, desde que se verifiquem as condições requeridas para a aplicação do supracitado princípio moral [da ação com duplo efeito]*⁵⁵.

Por fim, M. P. Faggioni apresenta a tese de Bouscaren como uma solução já adquirida como opinião comum (*communis opinio*)⁵⁶.

5. O problema do momento da remoção da trompa

O jesuíta Henry Davis, em dois artigos publicados na *The Ecclesiastical Review* em 1927, fazendo analogia com o útero canceroso grávido, defendia que a trompa pudesse ser removida em qualquer estágio da gestação. Para ele, a simples presença do feto na tuba já constituía um perigo para a mãe:

É geralmente admitido, se não universalmente, que um feto ectópico na tuba é, *em todos os estágios*, um sério perigo para a mãe. Pode desenvolver-se por alguns

⁵⁵ E. SILVESTRINI, *L'embrione umano in gravidanza ectopica...*, 606-607.

⁵⁶ Cf. M. P. FAGGIONI, "Problemi morali nel trattamento...", 513.

meses; pode romper a tuba em duas semanas ou menos⁵⁷.

Bouscaren, mesmo não concordando que a salpingectomia possa ser realizada em qualquer estágio da gestação, demonstra grande dificuldade em determinar o momento exato em que ela pode ser efetuada licitamente:

Não se pode moralmente sancionar nenhuma regra precisa [“rule of thumb”] para um ou outro caminho; nem “*Nunca* opere até a ruptura externa da tuba”, nem “*Sempre* opere imediatamente em qualquer caso logo que for descoberta uma gravidez ectópica não rompida”. As circunstâncias de cada caso devem ser consideradas⁵⁸.

Essa imprecisão de critério favoreceu a atitude laxista de considerar como *regra geral* a remoção imediata da tuba e de considerar como *exceção* a remoção posterior. Vejamos como se exprime Edwin F. Healy, adepto da tese de Bouscaren:

É portanto lícito em qualquer caso de gravidez ectópica remover a trompa de Falópio doente? A resposta é que a operação é lícita se a tuba se encontra atualmente em um estado muito perigoso para a mãe, ou se o adiamento da operação comporta um grave perigo. É o médico que deve decidir quando a tuba pode ser considerada um grave perigo. Ele deve considerar cada caso, individuando segundo as suas características. A linha geral que se deveria seguir é esta: *se se prevê que um atraso na remoção da trompa de Falópio doente exporia a grave risco a vida da mãe, o médico pode operar imediatamente*. A decisão definitiva no caso singular é sempre remetida ao juízo do cirurgião. Pode-se dizer que, na maior parte dos casos em que se descobre uma gravidez ectópica, é necessária a imediata remoção da tuba para afastar o grave perigo

⁵⁷ H. DAVIS. “A medico-moral problem – Ectopic gestation”, *The Ecclesiastical Review* 4 (1927), 409-411, cit. in G. GIOVANELLI. *La gravidanza ectopica nella tradizione...* 288.

⁵⁸ T. L. BOUSCAREN, *Ethics of ectopic operations...*, 169-170.

que ameaça a vida da mãe. Mas isso não é verdade em todos os casos. Em algum raro caso, pelo menos, não há um efetivo grave perigo para a mãe, no momento em que é descoberta uma gravidez ectópica. Nestes poucos casos, a remoção imediata da tuba não é lícita⁵⁹.

Para Healy, portanto, com exceção de “poucos casos”, é lícito praticar a salpingectomia imediatamente.

Thomas W. Hilgers, em um artigo em que condena a *salpingostomia linear* e o uso de *metotrexato* como diretamente abortivos, justifica a *salpingectomia* (com base no princípio da ação com duplo efeito), sem fazer qualquer referência a um momento específico em que ela possa ou não possa ser licitamente praticada:

Contudo, a partir de uma perspectiva católica, uma ética prática específica foi delineada e, em grande parte, aceita. Essa ética afirma que se pode remover, total ou parcialmente, a trompa de Falópio danificada, como uma intenção direta, mesmo se o embrião estiver localizado dentro da trompa de Falópio (a destruição do embrião é uma ação previsível, mas não pretendida). Em tais circunstâncias, o ataque ao embrião é visto como indireto. O princípio sob o qual isso funciona chama-se “duplo efeito” e ele é um exemplo da distinção entre o aborto direto e o aborto indireto⁶⁰.

Seria a tese de Bouscaren o início de uma ladeira escorregadia (*slippery slope*), tendo por primeiro passo a permissão de remover a trompa a qualquer momento, independentemente do real perigo para a mãe?

Outro aspecto interessante é o *motivo* segundo o qual a remoção precoce da tuba não é lícita. Para A. G. Spagnolo e M. L. Di Pietro, em tal caso a morte do embrião seria *diretamente provocada*:

⁵⁹ E. F. HEALY, *Medicina e Morale*, Paoline, Roma 1960², 280-281. O destaque é do original.

⁶⁰ T. W. HILGERS, Ectopic Pregnancy. *Celebrate Life* 4 (2000) 37.

Ora, enquanto a configuração do princípio do duplo efeito parece indiscutível – como se disse – quando a intervenção é motivada por uma patologia da tuba ou por uma hemorragia em ato, devida à erosão ou ruptura da própria tuba e que ameaça gravemente a vida da mãe, ela é muito menos clara, e até francamente dúbia, quando se procede à intervenção de “remoção/supressão” do embrião – *isto é, de uma intervenção direta sobre o embrião* – em ausência de qualquer ameaça atual para a vida da mãe (sinais ou sintomas de patologia tubária)⁶¹.

Para Healy, ao contrário, a remoção precoce da tuba continuaria a causar só *indiretamente* a morte do embrião. O motivo da ilicitude estaria na falta de uma *razão proporcionada*:

A tuba doente não pode ser removida enquanto não se torne fonte de grave perigo para a mãe. Removendo a tuba antes de tal tempo, encurtar-se-ia *indiretamente* a vida do feto ectópico sem uma razão suficiente, o que é ilícito. Portanto em todos os casos em que não exista atualmente um grave perigo, o médico deve adotar a terapia de espera⁶².

O argumento de Healy parece ser fiel ao pensamento de Bouscaren. De fato, este primeiro se propõe a demonstrar que “quando uma tuba grávida é removida, a morte do feto é produzida só indiretamente”⁶³; depois, passa à demonstração de que “esta remoção *indireta* é lícita quando há uma causa proporcionalmente grave para a operação”⁶⁴.

Essa falta de unanimidade dos moralistas quanto ao motivo da ilicitude da salpingectomia precoce (ocisão direta do embrião ou falta de razão proporcionada) não seria um indício de que, no caso presente, o princípio da ação com duplo efeito não se aplica bem?

⁶¹ A. G. SPAGNOLO – M. L. DI PIETRO, “Quale decisione per l’embrione...”, 301. O destaque é nosso.

⁶² E. F. HEALY, *Medicina e Morale*, Paoline, Roma 1960², 281. O destaque é nosso.

⁶³ T. L. BOUSCAREN, *Ethics of ectopic operations...*, 152-162.

⁶⁴ T. L. BOUSCAREN, *Ethics of ectopic operations...*, 162-173. O destaque é nosso.

6. Dificuldades da tese de Bouscaren

Os críticos de Bouscaren, como veremos, alegam que a remoção de um útero grávido canceroso não se pode comparar validamente com a remoção de uma tuba contendo em si um embrião implantado. Curiosamente, o próprio Bouscaren, admite que não há uma analogia perfeita entre os dois casos:

Somos inclinados a admitir que a paridade não é perfeita. Há esta diferença entre os dois casos: que no caso do tumor uterino, a condição doentia do órgão que contém o feto *não é causada pela gravidez*, enquanto a condição patológica da tuba em gestação ectópica é *diretamente causada pela própria gravidez*⁶⁵.

Quando estudamos a aplicação do princípio da ação com duplo efeito à histerectomia em uma gestante com câncer (capítulo II.2), verificamos que a salvação da vida da mãe (efeito bom) decorria diretamente da histerectomia e não do efeito mau (a morte da criança). E isso se via 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.

Essas duas condições não se verificam na salpingectomia em uma gravidez tubária. Examinemo-las em detalhe.

a. Primeira dificuldade

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

O caráter indireto da morte do bebê no caso da remoção do útero canceroso demonstra-se porque essa operação (a histerectomia) *seria feita mesmo se a mulher não estivesse grávida.*

⁶⁵ T. L. BOUSCAREN, *Ethics of ectopic operations...*, 87.

A presença da criança no útero é um acidente que não altera o objeto da ação (“finis operis”).

Ao contrário, a remoção da trompa contendo em si o bebê (salpingectomia) *não seria feita se a mulher não estivesse grávida*. Isso leva James F. Keenan a afirmar que a presença da criança não é meramente acidental. O objeto da ação é *removê-la do útero*, o que constitui *aborto direto*.

Em seu artigo, Keenan estuda a aplicação do princípio da ação com duplo efeito em quatro casos: 1: o bombardeio de um alvo militar em uma população civil; 2: a administração de analgésicos a pacientes terminais; 3: a remoção de um útero canceroso grávido; 4: a salpingectomia em uma gravidez ectópica. Observemos o seu raciocínio:

Voltando ao caso 4, o da gravidez ectópica, poder-se-ia pensar que, se a remoção do útero canceroso durante a gravidez é legítima, também o é a remoção da tuba danificada. A introdução de uma gravidez no caso do útero canceroso não é diferente da introdução de civis na instalação militar. Não será a presença do embrião apenas “acidental” na excisão da tuba de Falópio como naqueles outros casos? Não, e veremos por que não. Evidentemente pode-se cortar a tuba de Falópio em ocasiões que não sejam a de uma gravidez. Com certeza, exatamente como se podem bombardear instalações militares ou remover úteros quando nenhuma vida inocente é posta em risco, assim se podem cortar tubas de Falópio. *Mas, no caso da gravidez ectópica, estamos cortando a tuba somente porque o embrião está lá*. Este caso diverge dos outros três. Nós não bombardearíamos a instalação militar somente porque ela contém civis, nem removeríamos o útero canceroso somente porque contém um feto. 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*⁶⁶.

Infelizmente, Keenan, após criticar Bouscaren e afirmar que a salpingectomia constitui uma *remoção direta* do embrião, termina seu artigo considerando o embrião ectópico como um *injusto agressor material* por estar implantado em um lugar onde não deveria estar. Contra esse agressor, a mãe poderia exercer seu direito de legítima defesa, removendo-o de seu organismo⁶⁷.

Ora, como já vimos no capítulo I.1, Pio XI, na encíclica “Casti Conubii”, condenou o argumento de quem considera o a criança concebida um injusto agressor. M. P. Faggioni explica por que nem do ponto de vista meramente material o feto pode ser visto como agressor da mãe:

Não nos parece que os chamados conflitos materno-fetais possam ser interpretados como uma relação agressor-vítima, onde o feto deveria ser tido como um injusto agressor da mãe. No caso da craniotomia por dificuldade no parto, olhando bem, o que é patológico, frequentemente, é o canal do parto, estreito demais para a cabeça fetal de tamanho normal. No caso da gravidez ectópica, da corioamnionite e da pré-eclampsia, o feto é, também ele, vítima inocente de uma situação patológica. O risco de morte é para ele coincidente com o risco de morte para a mãe porque a morte da mãe comporta também a morte do feto⁶⁸.

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.

⁶⁶ J. F. KEENAN, “The function of the principle of double effect”, *Theological Studies* 54 (1993) 309. Os destaques são nossos.

⁶⁷ Cf. J. F. KEENAN, “The function of the principle of double effect”..., 314-315.

⁶⁸ M. P. FAGGIONI, “Problemi morali nel trattamento...”, 509-510.

Alsem Günthör percebe a dificuldade que esse texto do Magistério oferece quanto à aceitação da tese de Bouscaren. Eis suas palavras:

O texto da alocução de Pio XII não nos autoriza a pensar que, no caso do aborto indireto, deva tratar-se só de uma doença ou de um perigo de morte que ocorreram *independentemente* do estado de gravidez. A coisa decisiva é que a intervenção não vise a suprimir a criança para curar ou tutelar, assim, a mãe.

Sabemos bem que, às vezes, pode ser muito difícil distinguir com clareza se se trata de um aborto direto ou indireto. Isso, porém, não afeta a validade do princípio que expusemos⁶⁹.

Ainda que, como interpreta Günthör, o texto de Pio XII não signifique necessariamente uma condenação a procedimentos como a salpingectomia antes da ruptura tubária, é certo que não há qualquer declaração do Magistério apoiando explicitamente a tese de Bouscaren. Ela conta apenas com o apoio da maioria dos moralistas.

Antônio Lanza e Pietro Palazzini admitem a histerectomia feita para remover um carcinoma em uma mulher grávida. Segundo eles, “a gravidez é acidental na mulher afligida por carcinoma no útero e a histerectomia se dirige diretamente a eliminar o tumor, não ao produto da concepção”⁷⁰. Ao contrário, segundo eles, a intervenção cirúrgica dirigida a expulsar da trompa o feto ectópico deve ser considerada como aborto direto. Sobre a salpingectomia, assim se pronunciam os autores:

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

⁶⁹ A. GÜNTHÖR, *Chiamata e risposta...* 595.

⁷⁰ A. LANZA – P. PALAZZINI. *Princípios de Teologia Moral. II. Las virtudes*. Ediciones RIALP, Madrid 1958, 279-280.

intervenção se dirige diretamente a interromper esta gravidez⁷¹.

Um outro crítico de Bouscaren é Martin Rhonheimer. Esse autor alemão não aceita a distinção (tão importante para Bouscaren) entre causa remota e causa próxima da intervenção cirúrgica. Transcrevamos suas palavras citadas por Giorgio Giovanelli:

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 patologia⁷².

Infelizmente, do mesmo modo que Keenan, também Rhonheimer decepciona. Depois de ter criticado Bouscaren, ele não conclui – como seria de se esperar – que a salpingectomia é ilícita. Termina dizendo que não apenas a salpingectomia é lícita, mas que também o é a *salpingostomia* (retirada direta do embrião por meio de uma incisão na tuba):

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 tuba⁷³.

⁷¹ A. LANZA – P. PALAZZINI. *Princípios de Teologia Moral...* 280.

⁷² G. GIOVANELLI. *La gravidanza ectopica nella tradizione...*, 429

⁷³ G. GIOVANELLI. *La gravidanza ectopica nella tradizione...*, 430.

Segundo Rhonheimer, tanto a salpingectomia quanto a salpingostomia se dirigem contra a gravidez, que é por si mesma patológica. Nem uma nem outra, porém, segundo ele, constituiriam um aborto direto, uma vez que apenas encurtariam a vida de um embrião já condenado à morte⁷⁴. Com razão, porém, A. G. Spagnolo e M. L. Di Pietro dizem que não se pode “alegar como justificação [da remoção do embrião] a sua inevitável morte: a morte se pode sofrer, mas não antecipar”⁷⁵.

O fato de que críticos de Bouscaren, como Keenan e Rhonheimer, logo em seguida defendam procedimentos diretamente abortivos não seria um indício de que a tese de Bouscaren seja perigosa quanto às conseqüências que dela se podem derivar?

b. Segunda dificuldade

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

Ao contrário do caso do útero canceroso, em que a morte da criança em nada contribui para a salvação da vida da mãe, no caso da gravidez ectópica, se o médico simplesmente matasse a criança, sem remover a trompa, *salvaria a vida da gestante*. Isso dá a entender que a morte da criança desempenha o papel de *meio* e não de simples efeito colateral.

Bouscaren tenta, com os dados médicos de sua época, demonstrar o contrário:

De outro ponto de vista, este parecer é confirmado pela experiência médica. Padre Davis já destacou que onde o método de operação é, por assim dizer, invertido – quando o próprio feto, em vez da tuba, constitui seu objeto direto, pela incisão da tuba e retirada do ovo, deixando a tuba no lugar –, a operação é feita com

⁷⁴ Cf. G. GIOVANELLI. *La gravidanza ectopica nella tradizione...*, 431-432.

⁷⁵ A. G. SPAGNOLO – M. L. DI PIETRO, “Quale decisione per l’embrione...”, 306.

muito menos sucesso. Como disse uma autoridade, “tem-se medo de deixar a tuba para trás”. 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? No mesmo sentido é o testemunho de Pestalozza e seus associados, de que a morte do feto na tuba não põe fim de uma vez ao perigo da mãe porque a própria tuba está tão afetada que, mesmo depois que o embrião cessa de crescer, a tuba pode-se romper com um leve choque⁷⁶.

Atualmente, esse argumento é obsoleto pois, como vimos no capítulo III.2, há várias intervenções ditas “conservativas”, como a *salpingostomia linear* e o uso do *metotrexato*, que preservam a integridade da tuba por meio da *morte direta* do embrião e que são usadas em lugar da salpingectomia.

7. Depois de Bouscaren, outras distinções

Como vimos no capítulo III.4, Bouscaren faz distinção entre o *objeto direto* da salpingectomia (a tuba danificada) e o *objeto indireto* (o embrião ectópico). Com base nessa distinção (sujeita a críticas, como vimos), o autor aplica o princípio da ação com duplo efeito.

Não faltaram, depois de Bouscaren, outros autores que, com base em outras distinções, defenderam procedimentos relativos à gravidez ectópica que são manifestamente abortivos, como a aplicação do metotrexato e a salpingostomia.

J. F. Tuohey justifica o uso do *metotrexato* (MTX) alegando que ele não age diretamente sobre o embrião, mas sobre o *trofoblasto* (que está destinado a constituir a placenta e não o corpo do embrião propriamente dito). Como é o trofoblasto que exerce uma atividade erosiva sobre a trompa, seria lícito, por meio do metotrexato, impedir que suas células se multipliquem. A destruição

⁷⁶ T. L. BOUSCAREN, *Ethics of ectopic operations...*, 159.

do trofoblasto (objeto *direto* da aplicação do metotrexato) teria como efeito *indireto* a morte do embrião, por inanição⁷⁷. O mesmo argumento é utilizado por A. Moraczewski:

O uso do MTX pode ser moralmente visto como um meio para parar a ação destrutiva das células do trofoblasto. *O MTX inibe ou para a ulterior atividade da parte trofoblástica do embrião porque tal atividade é lesiva para a mãe e, em definitivo, para o próprio embrião*⁷⁸.

Segundo esses autores, o metotrexato dirige-se *diretamente* sobre o trofoblasto, cuja implantação na trompa constitui uma patologia que ameaça a vida materna, e só *indiretamente* sobre o embrião, que morrerá em virtude da falta de nutrição.

Com razão, Antonio G. Spagnolo e Maria Luisa Di Pietro reagem violentamente a essa distinção que, segundo eles, “parece ter a conotação de franca hipocrisia” (sic). Argumentam: “Seria como dizer que deixar um recém-nascido sem alimentação comporta *somente* a responsabilidade de subtrair-lhe o alimento e não também a de causar-lhe a morte por inanição”⁷⁹. Além disso, como observa Giovanelli, o trofoblasto não é uma “terceira entidade” distinta da mãe e do feto.

Embora o trofoblasto e a futura placenta, no nascimento, sejam separados da criança, neste estágio do desenvolvimento, ele constitui um *órgão vital* que fornece ao feto o sustento necessário. Remover ou atacar o trofoblasto significa privar o feto da vida,

⁷⁷ Cf. J. F. TUOHEY, “The implications of the Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services on the clinical practice of resolving ectopic pregnancies”, *Louvain Studies* (20) 1995, 55-56, cit. in G. GIOVANELLI. *La gravidanza ectopica nella tradizione...*, 377-380.

⁷⁸ A. MORACZEWSKI, “Managing tubal pregnancies. Part II”, *Ethics and Medics*, 21, (8) 1996, 3, cit. in G. GIOVANELLI. *La gravidanza ectopica nella tradizione...*, 387.

⁷⁹ A. G. SPAGNOLO – M. L. DI PIETRO, “Quale decisione per l’embrione...”, 302.

como remover o músculo cardíaco de uma pessoa adulta significa matá-la⁸⁰.

A *salpingostomia* é vista por Tuohey não como uma simples remoção do embrião ectópico, mas como uma separação do trofoblasto da tuba, tendo como efeito a morte da criança. Segundo esse autor,

... pode-se formar a opinião provável de que procedimentos que removem o embrião do sítio ectópico também podem ser lícitos quando o objeto do procedimento é o trofoblasto. Tal procedimento existe. Na salpingostomia, por exemplo, o trofoblasto é separado; é “destelhado” da tuba, deixando-a intacta e patente. A conseqüente perda do feto devida à perda do citoblasto é um efeito do procedimento que tem um objeto bom e pode ser justificada pelo PDE [princípio do duplo efeito]⁸¹.

Moraczewski justifica a salpingostomia considerando-a a remoção do tecido tubário danificado e do tecido trofoblástico que o danifica. A remoção do embrião seria um efeito indireto:

Um par de tesouras (ou outros instrumentos adequados) é usado para remover o tecido patológico de modo tal que a parte da parede tubária permaneça, embora afinada pelo procedimento. Tal manobra extrai uma quantidade considerável do tecido tubário danificado, mas a tuba é posteriormente capaz de reparar-se, de modo que a fertilidade da mulher não é prejudicada pela cirurgia. Naturalmente e desafortunadamente, junto com a remoção do tecido patológico, danificado pelas crescentes células trofoblásticas do embrião, é removido o próprio embrião. Embora prevista, *não se escolhe ou seleciona ou deseja* a morte do embrião, seja como fim em si mesmo, seja como meio para um

⁸⁰ G. GIOVANELLI. *La gravidanza ectopica nella tradizione...*, 435.

⁸¹ J. F. TUOHEY, “The implications of the Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services on the clinical practice of resolving ectopic pregnancies”, *Louvain Studies* (20) 1995, 55, cit. in G. GIOVANELLI. *La gravidanza ectopica nella tradizione...*, 376.

posterior fim bom, isto é, a saúde e a vida da mãe, incluindo a proteção de sua capacidade de conceber outra criança⁸².

Giovanelli, criticando os autores acima que defendem a salpingostomia, observa com razão que a remoção do tecido trofoblástico, do qual o embrião é dependente, constitui um ataque direto ao próprio embrião. Além disso, ainda que se desejasse remover somente o tecido danificado, as exigências práticas da cirurgia não o permitiriam. Pois frequentemente, o embrião sai imediatamente quando é praticada a incisão na tuba. Tal intervenção é feita *só* porque o embrião está lá e não pode excluir a remoção do embrião, que é *intrínseca* ao objeto da ação⁸³.

O fato de que 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), avancem na prática de distinções para defender procedimentos que são diretamente abortivos (como o metotrexato e a salpingostomia) não seria mais um indício de que a tese de Bouscaren seja perigosa quanto às consequências que dela se podem derivar?

8. *A expectativa armada*

Expectação armada é a atitude de esperar a evolução espontânea da gravidez ectópica, com a gestante hospitalizada, próxima a uma sala de cirurgia e submetida a uma monitoração contínua. Isso permite visualizar dia a dia o batimento cardíaco embrionário e colher os sinais clínicos de uma complicação que exija uma intervenção específica. Em substância, duas coisas podem acontecer principalmente: 1. a gravidez termina em aborto espontâneo, sem ruptura da trompa, ou o embrião morre e é reabsorvido sem qualquer ameaça para a mãe (o que se verifica em

⁸² A. MORACZEWSKI, "Managing tubal pregnancies. Part I", *Ethics and Medics*, 21, (6) 1996, 3, cit. in G. GIOVANELLI. *La gravidanza ectopica nella tradizione...*, 384-385.

⁸³ Cf. G. GIOVANELLI. *La gravidanza ectopica nella tradizione...*, 435-436.

mais de 65% dos casos de gravidez ectópica quando se adota essa “terapia de espera”); 2. a gravidez evolui em direção à ruptura tubária, exigindo uma intervenção imediata⁸⁴.

Embora raramente, é possível encontrar na literatura médica casos de gravidez tubária levada a termo⁸⁵. Sobre isso Bouscaren oferece-nos alguns dados interessantes:

Dr. Gragin relatou seis casos de gravidez ectópica avançada que tinham ocorrido no Sloane Hospital for Women antes de 1919, em que o feto havia-se desenvolvido além de seis meses. Todas as seis pacientes foram operadas e em todos os seis casos a mãe se recuperou, enquanto em três deles o bebê também sobreviveu.

Harbeck Halsted relata esses casos e acrescenta cinco seus, que ocorreram no mesmo hospital de 1919 a 1926, nos quais cinco das mães e quatro dos bebês sobreviveram à operação.

De um total de onze operações, portanto, dez das mães, ou mais de 90 por cento, e seis dos bebês, mais de cinquenta por cento, sobreviveram. Algumas das crianças, entretanto, ficaram deformadas e algumas morreram logo após a operação.

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

⁸⁴ Cf. A. G. SPAGNOLO – M. L. DI PIETRO, “Quale decisione per l’embrione...”, 298-299.

⁸⁵ Cf. A. NISHIKAWA – S. TANAKA – R. KUDO, “Full-term interstitial pregnancy with live birth”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (63) 1998, 57-58, cit. in G. GIOVANELLI. *La gravidanza ectopica nella tradizione...*, 29.

uma vantagem desprezível, independentemente de quanto tempo elas viveram ou do valor social que suas vidas pudessem ter tido⁸⁶.

A expectação armada, portanto, além de ser inatacável do ponto de vista moral, dá ao embrião ectópico a chance, remota mas não inexistente, de chegar à maturidade, ser extraído vivo e batizado. Todas as 303 crianças a que se refere Bouscaren não teriam tido essa chance se o médico, considerando grande o perigo para a vida da mãe, tivesse resolvido praticar a salpingectomia antes da ruptura da trompa.

Bouscaren cita a defesa da expectação armada que faz Dr. Clement de Friburgo:

“Em uma gestação ectópica”, ele escreve, “o modo mais seguro de tratamento, moralmente falando, aquele que concilia mais eficazmente os interesses, ou melhor, os absolutos direitos dos dois seres é, seguramente, em minha opinião – enquanto o ‘cisto fetal’ testemunhar pelo seu desenvolvimento normal e regular a vitalidade do embrião –, o que se costuma chamar em cirurgia para situações análogas a ‘expectação armada’, esperar até que a criança esteja, se não absolutamente a termo, pelo menos certamente viável, para proceder a sua extração abdominal, mantendo-se todo o tempo preparado para uma intervenção urgente se uma ruptura prematura acontecer. Isso remove todos os escrúpulos de consideração do lado da criança, uma vez que geralmente ela já se separou de suas conexões vitais. A mãe deve ser devidamente instruída sobre os sintomas que podem indicar o início de uma provável ruptura. Se ela puder ser mantida sob observação em um hospital, ou nas suas vizinhanças imediatas, os riscos de uma laparotomia a que ela deva se submeter, mesmo quando tem que ser prematura, não aumentarão notavelmente”⁸⁷.

⁸⁶ T. L. BOUSCAREN, *Ethics of ectopic operations...*, 140-141.

⁸⁷ T. L. BOUSCAREN, *Ethics of ectopic operations...*, 136-137.

Antonio Royo Marín, no caso da gestação ectópica, não vê outra saída senão a conversão tubário-uterina (de que falaremos no capítulo IV), ou a expectação armada, que consiste “na intervenção imediata do médico ao produzir-se a ruptura do saco fetal (que põe em grave perigo a vida da mãe), porque o feto se separa então de suas conexões vitais (extraia-se e batize-se imediatamente)”, ou a laparotomia, “se o feto já é *viável* e há grave perigo para a mãe em prosseguir a gestação até o fim”⁸⁸.

Em El Salvador, país em que todo aborto doloso é punido (sem exceções) desde abril de 1998, os médicos espontaneamente resolveram adotar a conduta da expectação armada diante de uma gravidez ectópica. O fato é narrado por Jack Hitt em um artigo de 2006 publicado no New York Times. Embora a matéria seja altamente tendenciosa, o trecho a seguir é verossímil:

Uma política que incrimina todos os abortos tem outro lado. Ela parece exigir que todo o esforço da equipe médica se concentre em salvar o feto em qualquer circunstância. Essa noção pode levar a algumas práticas perigosas. Consideremos uma gravidez ectópica, uma condição que ocorre quando um microscópico ovo fertilizado desce pela trompa de Falópio – cujo diâmetro não é maior que o de um lápis – e se fixa lá (ou às vezes no abdômen). Se não for atendido, o feto cresce até que o órgão que o contém se rompa. Uma simples operação pode remover o feto antes que o órgão se rompa. Depois da ruptura, entretanto, a situação pode passar a ser a de uma emergência médica.

Segundo Sara Valdés, diretora do Hospital de Maternidade, as mulheres que vêm ao seu hospital com gravidez ectópica não podem ser operadas até a morte fetal ou a ruptura da trompa de Falópio. “Esta é a nossa política”, disse-me Valdés. Evidentemente, ela estava atormentada com o tema. “Essa é a lei”, disse ela. “O Ministério Público disse-nos que essa é a lei”. Valdés estimou que seu hospital trata de mais de cem gravidezes ectópicas por ano. Ela descreveu a prática

⁸⁸ A. R. MARÍN, *Teologia Moral para seculares...*, 434.

do hospital: “Uma vez que determinamos que elas têm uma gravidez ectópica, asseguramo-nos de que permaneçam no hospital”, disse ela. As mulheres são enviadas ao dispensário, onde se faz diariamente uma ultrassonografia para examinar o feto. “Se está morto, podemos operar”, disse ela. “Antes disso, não podemos”. Se há um batimento cardíaco fetal persistente, então deve-se esperar que a trompa de Falópio se rompa. Entretanto, se se consegue persuadir a paciente a permanecer, os médicos podem operar no momento em que se detectam quaisquer sinais de ruptura precoce. Até umas poucas gotas de sangue que penetrem pela trompa de Falópio “irritam a parede abdominal e causam dor”, explicou Valdés. Operando aos primeiros sinais de uma possível ruptura, disse ela, seus médicos podem minimizar o risco para a mulher⁸⁹.

Giuseppe Fasanella, Nicola Silvestri e Elio Sgreccia, que não aceitam a salpingectomia precoce, julgam que o princípio da ação com duplo efeito só se aplica quando há uma *hemorragia em ato*:

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 atual⁹⁰.

⁸⁹ J. HITT, Pro-Life Nation, *The New York Times*, 9-4-2006, in <http://www.nytimes.com/2006/04/09/magazine/09abortion.html?pagewanted=all> [11-04-2009].

⁹⁰ 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, 556.

Paolo Merlo assim comenta essa exigência da hemorragia atual.

Alguns julgam poder legitimar a intervenção de remoção do embrião da trompa com base no princípio do duplo efeito, considerando-o como “aborto indireto”; outros, porém, fazem notar que propriamente as condições de tal princípio são satisfeitas somente no caso em que esteja *em ato* a hemorragia ameaçando a vida da mãe (“a hemorragia em nível do aparelho genital da mãe deve ser atual”: Fasanella, Silvestri, Sgreccia, 2004: 556). Com base no princípio do duplo efeito, parece-nos de tudo pertinente atribuir a qualidade de aborto indireto somente à remoção da trompa com hemorragia em ato: tal princípio, de fato, requer que o efeito negativo (a morte do concebido presente na trompa) possa ser no máximo *concomitante* com o efeito positivo (e isso se dá somente se intervém na trompa em fase de ruptura)⁹¹.

Luigi Scremin tem a mesma posição:

Em caso de gravidez ectópica, não pode o médico remover diretamente o ovo, nem praticar meios que tendam diretamente a matar o produto. Para a *moralidade* dos tratamentos comuns da *gravidez ectópica* quando o feto *não é vital*⁹², pode-se dizer que, se a ruptura da trompa aconteceu e a hemorragia, mesmo pequena, está em ato, é lícito *intervir* para estancar a hemorragia *na tuba*, mesmo que o feto esteja vivo e conserve as conexões placentárias. A morte do feto por uma intervenção cujo *fim terapêutico* é fazer cessar a hemorragia é conseqüência *indireta* e não é

⁹¹ P. MERLO, “L’aborto. Aspetti etici”, in E. LARGHERO – G. ZEPPEGNO (ed.) *Dalla parte della vita. Itinerari di bioetica*, Effata Editrice, Cantalupa 2007, 343. O livro tem a apresentação de Mons. Elio Sgreccia.

⁹² Provavelmente o autor quis dizer “não é viável”, ou seja, não tem chance de sobrevivida extra-uterina.

desejada como fim nem como meio. Analogamente para a *gravidez ovariana* ou em corno uterino rudimentar atrésico. Em qualquer outro caso, é necessária a conduta *expectante*, que dê a possibilidade de intervenção imediata quando o decurso e as complicações o indicarem⁹³.

Curiosamente, a aplicação do princípio do duplo efeito no caso de uma ruptura tubária é explicada de maneira brilhante pelo próprio Bouscaren:

Suponhamos, no exemplo, que a hemorragia seja um perigo mortal presente. O único meio de remediar a situação é a laparotomia, a excisão da tuba rompida e a ligadura dos vasos que sangram. O feto, é claro, terá que ser removido com a tuba; e eu creio que nenhum moralista hesitaria em permitir a remoção da tuba sob essas circunstâncias, embora esteja ainda aderido a ela, por meio da placenta e do cordão umbilical, um feto vivo não viável, cuja morte certamente será acelerada pela remoção.

[...]

O único efeito que é absolutamente imediato é o estancamento do fluxo sanguíneo; dele 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 feto⁹⁴.

Portanto, 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

⁹³ L. SCREMIN, *Dizionario di morale professionale per i medici*, Studium, Roma 1954, 11.

⁹⁴ T. L. BOUSCAREN, *Ethics of ectopic operations...*, 152.154. O autor usa esse exemplo para tentar convencer que o mesmo vale para a remoção da trompa antes de sua ruptura, que é o objeto de sua tese.

dúvida sua morte será apenas um efeito indireto da intervenção. Se for possível encontrar o bebê ainda vivo, deve-se batizá-lo imediatamente.

9. *A ordenha tubária*

C. Kaczor, que defende a legitimidade da salpingostomia, tenta usar o princípio da ação com duplo efeito para justificar a “ordenha” tubária, ou seja, a compressão da trompa para fazer escorrer o embrião em direção ao útero e permitir (?) uma implantação normal. Vejamos o que diz o autor:

Afortunadamente, há outros modos menos arriscados para tratar o problema da gravidez ectópica; estes são menos problemáticos do ponto de vista moral e talvez sejam mais salutares para a mulher. Pode-se dizer que o modo mais promissor para tratar esse difícil problema não é a remoção da tuba, nem a remoção somente do embrião e nem menos o uso do MTX, mas o que vem sendo definido como técnica da “ordenha” ou “espremedura”. Diamond e DeCherney descrevem tal técnica como segue: “Neste procedimento a tuba é presa exatamente na proximidade do lugar da dilatação e depois é comprimida, avançando para a parte infundibular da própria tuba. Deste modo os produtos da concepção são expulsos da fimbria” (Diamond e DeCherney, 1987, p. 205). Como a salpingectomia, a técnica da “ordenha” evita a causação intencional do efeito mau (...). A técnica da “espremedura” deixa aberta a possibilidade de que a gravidez prossiga de modo normal. Muito frequentemente o novo concebido morre, mas a nidada no útero não é excluída e, presumivelmente, poderia ser facilitada pela microcirurgia. A técnica da “espremedura” quando

comparada ao uso do MTX é melhor não só para o novo concebido, mas também para a mãe⁹⁵.

Talvez fosse melhor substituir “muito frequentemente” por “sempre”. De fato, não se tem notícia de nenhum embrião que, após a ordenha tubária, tenha conseguido implantar-se. Essa técnica contrasta com as outras, que veremos no capítulo IV, de conversão de gravidez tubária em gravidez uterina. Nestas últimas, o médico tem um imenso cuidado em preservar a vida e a integridade do embrião, assim como as condições mais favoráveis para a sua implantação. Ao contrário, na ordenha tubária, o médico se concentra sobretudo na integridade da trompa. A sobrevivência e a implantação do embrião, se não são excluídas, não são também favorecidas. No dizer de Andrea Virdis, essa solução é “mais teórica que real”⁹⁶.

Essa “solução” assemelha-se àquela encontrada no Brasil por Dirceu Mendes Pereira, na época diretor do Programa de Reprodução Assistida (PROFERT), para se livrar dos embriões excedentes congelados, sem violar a Resolução Normativa 1.358/92 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que proíbe o descarte ou a destruição de embriões:

Dirceu Mendes Pereira, diretor da PróFert, conta que conseguiu reduzir para 22 o excedente de 300 embriões congelados que acumulava até dois anos atrás. Para isso, ele chamou as mulheres e convenceu-as a receber seus embriões. A transferência foi feita durante o período pré-menstrual, quando o corpo feminino não está preparado, a mulher não vai engravidar e termina expelindo naturalmente o embrião. Assim, formalmente, os embriões não estariam sendo descartados por meios artificiais. Pereira afirma que dessa forma o embrião não é destruído e a vontade do

⁹⁵ C. KACZOR, “Moral absolutism and ectopic pregnancy”, *Journal of Medicine and Philosophy* 26, 1, (2001), 71-72, cit. in G. GIOVANELLI. *La gravidanza ectopica nella tradizione...*, 409-410.

⁹⁶ A. VIRDIS. “Il principio morale dell’atto a duplice effetto e il suo uso in bioetica”, *Medicina e Morale* 5 (2006), 972.

paciente é respeitada. “Ele não é jogado fora. Volta para o corpo da paciente”, argumenta⁹⁷.

A atitude de Pereira é, sem dúvida, diretamente ocisiva. Analogamente, a ordenha tubária, a menos que possa ser feita de modo a preservar e favorecer a possibilidade *efetiva* de implantação tubária, constituirá sempre um atentado direto à vida do embrião humano.

10. Avaliação moral

No final de sua tese sobre a gravidez ectópica, Giorgio Giovanelli afirma que, em tais casos, não se pode aplicar o probabilismo:

Considero, outrossim, inaceitável a aplicação, que alguns autores concedem, do princípio do probabilismo pelo qual se poderia utilizar o metotrexato e praticar a salpingostomia também quando é *só provavelmente certo* que tais procedimentos não constituam aborto direto. Os valores em jogo no nosso caso são tais que não consentem a aplicação de opiniões prováveis; se se utilizam tais procedimentos quando é só provavelmente certo que isso não cause aborto direto estamos no risco de praticá-lo, no risco de matar diretamente aquele homem; o que impõe que se siga a via *tutior* pela qual não é possível arriscar a provocar diretamente a morte de um indivíduo⁹⁸.

De fato, como ensina Teodoro da Torre del Greco, “*não se pode seguir uma opinião provável deixando a mais segura [...] no caso em que, seguindo-se a opinião provável, se causaria um dano espiritual ou temporal ao próximo que se acha na posseção certa de seu direito*”. Ele dá o clássico exemplo: “o caçador não pode

⁹⁷ L. MARTINS – G. GRIEGER – R. DAFLON, “Excessos de proveta”, *Época*, n. 67, 30-8-1999, in <http://epoca.globo.com/edic/19990830/ciencia1b.htm> [17-04-2009].

⁹⁸ G. GIOVANELLI. *La gravidanza ectopica nella tradizione...*, 439.

disparar quando duvida se o objeto percebido ao longe é homem ou animal selvagem”⁹⁹.

O que Giovanelli fala da salpingostomia e do metotrexato pode-se legitimamente aplicar à *salpingectomy antes da ruptura tubária* (tese de Bouscaren). Este último procedimento, embora goze do prestígio da maioria dos teólogos e se tenha tornado uma *opinião comum*, não encerra a *certeza* de não ser diretamente abortivo. Como vimos, a tese de Bouscaren apresenta dificuldades peculiares na aplicação do princípio da ação com duplo efeito, além do perigo de servir de premissa para a justificação da salpingostomia e do metotrexato. Sobretudo, ela não tem a aprovação oficial do Magistério, que só se manifestou acerca das intervenções feitas na mulher “independentemente do seu estado de gravidez”.

De todos os procedimentos até agora narrados (deixando para o próximo capítulo a conversão tubário-uterina), o único que *seguramente* não é diretamente abortivo é a *expectação armada* com a eventual intervenção para remoção total ou parcial da trompa (salpingectomia) com *hemorragia em ato*.

Convém encerrar este capítulo com as palavras de E. Silvestrini: “É sábio e prudente, por ora, permanecer no que a Igreja Católica indicou com os seus decretos de 4 de maio de 1898 e de 5 de março de 1902 e esperar e desejar receber alguma norma de agir segura da parte da Santa Sé, se, como e quando considerar oportuno dá-la”¹⁰⁰.

⁹⁹ 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, 234-235.

¹⁰⁰ E. SILVESTRINI, *L’embrione umano in gravidanza ectopica...*, 574.

IV. CONVERSÃO DA GRAVIDEZ ECTÓPICA EM GRAVIDEZ UTERINA

1. *Tentativas e sucessos*

Em 1917, C. J. Wallace, um médico de Duluth, Minnesota (EUA), relatou que havia, com sucesso, transportado um embrião da trompa de Falópio para a cavidade uterina¹⁰¹. A gravidez ectópica foi descoberta na parte mais externa do istmo da tuba esquerda durante a operação para a retirada de um mioma no útero, ocorrida em 15 de setembro de 1915, em uma paciente de 27 anos. “A tuba estava muito macia e sadia, dilatada com o tamanho de uma noz, mas não distendida”. O saco gestacional intacto (que tinha o tamanho de uma “grande azeitona”), juntamente com parte da parede da trompa, foi colocado na cavidade uterina aberta e fixado por duas suturas. A gestação prosseguiu normalmente até o nascimento de um “belo menino, completamente desenvolvido e sem cicatrizes”, em 2 de maio de 1916. Segundo o autor, a superfície cruenta das bordas da ferida do útero (causada pela miomectomia) foi instrumental na perfeita fixação do transplante, como fonte de suprimento de sangue para o saco gestacional e a parede da trompa destacados.

Wallace admirava-se que, numa época de avanços cirúrgicos, houvesse desinteresse por um procedimento tão importante e de tão baixo risco como a conversão da gravidez tubária em gravidez uterina. Eis como ele defendia a viabilidade da operação:

A estrutura anatômica da trompa de Falópio é a mesma que a do útero, do qual é uma continuação – uma camada serosa, uma muscular e outra mucosa. A camada mais interna ou mucosa é contínua com o revestimento do útero e, na sua extremidade livre, é contínua com o peritônio¹⁰².

¹⁰¹ C. J. WALLACE. “Transplantation of ectopic pregnancy from fallopian tube to cavity of uterus”, *Surgery, Gynecology and Obstetrics* 24 (1917), 578-579.

¹⁰² C. J. WALLACE, “Transplantation of ectopic pregnancy...”, 578.

Para confirmar sua posição, ele citava James Clifton Edgar:

A implantação do ovo não difere da que ocorre em uma gravidez uterina. Forma-se uma placenta, mas as estruturas deciduais são rudimentares, de modo que as vilosidades coriônicas penetram prontamente no saco gestacional, assim como o peritônio.

[...]

As mudanças colaterais no útero durante a gravidez ectópica são as mesmas, até certo ponto, que aquelas encontradas em uma gravidez normal, inclusive a formação de uma decídua vera. Se o ovo morre, as mudanças cessam; senão, elas progridem, embora com uma velocidade muito mais lenta que em uma gravidez intrauterina¹⁰³.

Depois da citação de Edgar, Wallace prosseguia:

Vemos assim que a gestação inicial na tuba é idêntica à gestação intrauterina. Até certo ponto, o útero acompanha a gestação tubária e realmente forma uma decídua, cresce, amolece, adquire uma coloração mais escura e, de fato, assume todas as características de uma gravidez precoce.

Está fazendo o papel de um hospedeiro desapontado. Ele tinha esperado e estava totalmente preparado para receber um ovo fecundado, se este não se houvesse atrasado. Ainda assim, ele parece esperançoso e continua a desenvolver-se, embora mais lentamente; e se a gravidez ectópica chegar a pleno termo, o útero será visto, por essa época, com o tamanho de uma gravidez natural de quatro meses¹⁰⁴.

Naquela época, em que não havia ultrassonografia, a diagnose de uma gravidez ectópica em sua fase inicial era quase impossível. No entanto, Wallace afirma que, se ela for descoberta, vale a pena tentar convertê-la em gravidez uterina:

¹⁰³ J. C. EDGAR. *The practice of Obstetrics*, Blakiston, Philadelphia 1907³, 362, cit. in C. J. WALLACE, “Transplantation of ectopic pregnancy...”, 578.

¹⁰⁴ C. J. WALLACE, “Transplantation of ectopic pregnancy...”, 578.

O diagnóstico precoce de uma gravidez ectópica é próximo ao impossível, a menos que seja acidentalmente descoberta. E até que alguém descubra um meio de fazer um diagnóstico mais definitivo, continuará a ser assim. Entretanto, quando encontramos um caso precoce, onde a tuba ainda está em condição sadia, não muito distendida e tudo é favorável, penso que deveríamos fazer uma suprema tentativa de salvar a vida da criança abrindo a tuba cuidadosamente, dissecando a gravidez intacta e transplantando-a para o útero, onde a natureza desejaria que estivesse. Isso pode ser feito rapidamente. Não põe em risco a vida da mãe e pode ser sua única chance de dar à luz uma criança¹⁰⁵.

Depois de relatar o caso em que conseguira fazer a conversão tubário-uterina, Wallace terminava seu artigo afirmando não ter a menor dúvida de que o transplante de muitas gravidezes ectópicas seria relatado em “um futuro próximo”¹⁰⁶.

Bouscaren, na edição de 1933 de seu livro “Ethics of ectopic operations”, ao tratar da “transplantação do feto da tuba para o útero”, cita textualmente o artigo de Wallace¹⁰⁷. Em maio de 1931, Bouscaren escreveu a Wallace uma carta solicitando uma confirmação pessoal do caso por ele relatado e sua opinião sobre a viabilidade da operação. Wallace respondeu em 4 de maio de 1931, confirmando seu relato em todos os detalhes. Na mesma carta, ele afirmou que, desde então, não realizara mais nenhuma operação semelhante pela simples razão de não ter tido a sorte de descobrir outra gravidez tubária que fosse disponível para a transplantação. Disse ainda não conhecer nenhum outro caso em que tal operação tivesse sido feita, mas acrescentou:

Penso que há um tempo em todas as gravidezes tubárias no qual a transplantação intrauterina seria bem sucedida. Fora o extremo cuidado necessário em dissecar o saco da tuba – principalmente em manter a

¹⁰⁵ C. J. WALLACE, “Transplantation of ectopic pregnancy...”, 578-579.

¹⁰⁶ Cf. C. J. WALLACE, “Transplantation of ectopic pregnancy...”, 579.

¹⁰⁷ T. L. BOUSCAREN, *Ethics of ectopic operations...*, 145-149.

distância suficiente para evitar lesões e levar em conta suficiente tecido através do qual passe a sutura de fixação –, o processo é simples e certamente sem perigo excepcional¹⁰⁸.

A “operação Wallace” parece não ter tido a repercussão prevista. Em 1957 ela aparece nos manuais de Teologia Moral de M. Zalba¹⁰⁹ e de A. Royo Marín¹¹⁰ como um procedimento moderno, com bons resultados para a mãe e para o filho, para tratar uma gravidez ectópica. No entanto, Edwin H. Healy, em seu detalhado tratado de Medicina e Moral¹¹¹, na edição italiana de 1960, não faz uma única referência à possibilidade de conversão tubário-uterina.

Somente em 1964, William C. Billings e Clarence D. Davis publicaram um artigo mencionando uma tentativa de transportar para o útero um embrião instalado na trompa esquerda de uma paciente de 29 anos. Aquela era a sua terceira gravidez tubária. Infelizmente, seis dias após a intervenção, o teste de gravidez resultou negativo, indicando que o transplante havia terminado em aborto. Mas os autores terminam dizendo:

Não estávamos certos de que o feto estava vivo no momento da operação. Apesar de tudo, achamos que a falta de sucesso em uma única tentativa não deve obscurecer dois fatos: o primeiro é que o procedimento de transplantação é uma abordagem fisiológica possível em uma situação desesperada; o segundo é que é tecnicamente praticável. É óbvio que esse procedimento é limitado a casos altamente selecionados¹¹².

¹⁰⁸ T. L. BOUSCAREN, *Ethics of ectopic operations...*, 149-150.

¹⁰⁹ Cf. M. ZALBA, *Theologiae Moralis Summa...*, 95. O autor faz referência a *L'ami du Clergé* 58 (1948), 486.

¹¹⁰ Cf. A. R. MARÍN, *Teologia Moral para seculares...*, 434.

¹¹¹ E. F. HEALY, *Medicina e Morale*, Paoline, Roma 1960².

¹¹² Cf. W. C. BILLINGS – C. D. DAVIS. “Surgical Conversion of an Extrauterine Pregnancy into an Intrauterine Pregnancy: An Unsuccessful Attempt *Report of a Case*”, *Obstetrics and Gynecology* 24 (1964), 882-885, cit. in E. LENZI, “Sulla conversione di una gravidanza ectopica in gravidanza uterina”, *Rivista di Ostetricia Ginecologia Pratica e Medicina Perinatale* (2) 1988, 135-136.

Em 1967, no Brasil, Sérgio Peixoto e Geraldo Rodrigues de Lima também relataram uma tentativa de conversão tubário-uterina¹¹³. Os autores brasileiros pareciam desconhecer o êxito de Wallace, mas faziam referência à tentativa de Billings e Davis, cujo método eles seguiram, com alteração de alguns detalhes técnicos. A possibilidade teórica de renidação foi justificada com a seguinte argumentação fisiológica (semelhante à de Wallace):

Durante cerca de três dias, na prenhez normal, o ovo parece ficar livre na cavidade uterina. As relações que se estabelecem com a mucosa tubária, com reação decidual, são semelhantes, de início, com aquelas intra-uterinas. Segundo Hamilton e Boyd, somente na quinta semana é que as comunicações diretas das artérias espirais com o espaço interviloso podem ser demonstradas. O sincício trofoblasto apresenta grande atividade destruidora, corrosiva, e a prova disso é que, embora a trompa, pela sua constituição anatômica, não seja o lugar adequado à evolução da gravidez, a literatura relata um grande número de casos de fetos ectópicos que alcançaram o termo da evolução. Até mesmo projetado na cavidade abdominal o ovo poderá contrair aderências com o peritônio parietal ou visceral e continuar o seu desenvolvimento sob a forma de prenhez abdominal secundária ou prenhez abdominal extracorial.

Podemos, assim, dizer que há condições teóricas para a renidação de ovo ectópico na decídua uterina. Por outro lado, além das modificações que se processam nas trompas: aumento de volume, hiperplasia de todas as camadas, aumento da vascularização, reação decidual em derredor do ponto de implantação, em tudo semelhante à decídua, a presença do ovo exerce a sua influência sobre o trato genital. O útero aumenta de volume, amolece, sofre o fenômeno da embebição, congestiona-se, sua mucosa apresenta reação decidual;

¹¹³ S. PEIXOTO – G. R. LIMA, “Prenhez tubária. Tentativa de renidação intra-uterina” *Revista de Ginecologia e d’Obstetrícia*, 7 (1967) 7-12.

vagina, vulva e mamas apresentam modificações idênticas às da gravidez normal¹¹⁴.

A paciente, de 34 anos, domiciliada na capital paulista, com um passado de três partos normais, veio ao Hospital do Servidor Público Estadual (São Paulo) em junho de 1966, queixando-se de dor epigástrica, que se irradiava ao hipocôndrio direito (junto ao gradeado costal) e ao hemitórax direito, angustiada e hiperpnéica. Após oito horas de repouso com medicação analgésica, antiespasmódica e sedativa, ela apresentou uma perda sanguínea genital em pequena quantidade. Com o diagnóstico de gravidez ectópica rompida, indicou-se laparotomia.

Aberta a cavidade abdominal, foi encontrada na trompa esquerda uma gravidez ístmica com diâmetro de 3 centímetros, “apresentando-se apenas com discreto ponto de rotura junto à borda superior da trompa, que sangrava contínua mas discretamente”.

Os autores acharam que a técnica de Billings e Davis (introdução de toda a trompa na cavidade uterina) poderia obrigar a nova laparotomia, caso continuasse o sangramento tubário. Além disso, segundo eles, a localização do embrião no istmo tubário desaconselhava esse procedimento.

Realizamos a salpingectomia pela técnica habitual, ampliando-se a área da ressecção da porção intra-uterina da trompa. Ressecada a trompa, isolou-se o ovo e fez-se pequena incisão no ponto de rotura (teoricamente o ponto onde o trofoblasto deve ser mais ativo). Ligadas as extremidades, introduziu-se o ovo com seu leito tubário na cavidade uterina, fixando-o com um dos pontos utilizados para o fechamento do corno uterino¹¹⁵.

Após oito dias, como não apresentasse perda sanguínea ou qualquer outra sintomatologia, a paciente recebeu alta. Após uma semana, o exame de colpocitologia (exame de células do epitélio vaginal, extraídas por atrito) era compatível com uma gestação com

¹¹⁴ S. PEIXOTO – G. R. LIMA, “Prenhez tubária...”, 8-9.

¹¹⁵ S. PEIXOTO – G. R. LIMA, “Prenhez tubária...”, 10-11.

insuficiência placentária acentuada. Lamentavelmente, algum tempo depois a gravidez terminou em aborto espontâneo¹¹⁶.

Pelos dados relatados, a nidação uterina ocorreu, embora não de maneira suficiente para levar a gestação a termo.

Em 1980, em Randolph, Vermont (EUA), Landrum B. Shettles teve sucesso em uma cirurgia de conversão tubário-uterina. Uma paciente de 27 anos, de ciclo menstrual regular (28 dias), havia tido relação sexual na metade do ciclo. Quatro semanas depois ela se queixava de uma forte dor na região da tuba de Falópio esquerda. Não havia sangramento uterino e o teste de gravidez resultou positivo. O apalpamento revelou a presença de uma massa de 4 a 5 milímetros de diâmetro na tuba.

Com uma cuidadosa incisão na luz tubária, foi facilmente extraído um saco embrionário intacto, ainda completamente coberto com vilosidades coriônicas [...]. Foi imediatamente colocado em uma solução salina oxigenada, aquecida à temperatura do corpo. Um segmento do tubo de infusão foi cortado, uma extremidade de modo oblíquo, a outra conectada a uma seringa de vidro Presto com um grande bulbo de borracha permitindo aspirar ou expirar conforme desejado. Com uma leve sucção, a extremidade oblíqua do tubo foi introduzida no miométrio na porção superior anterior do útero até que fosse observado um discernível tecido decidual. Com o tubo *in situ*, o saco embrionário foi tirado para dentro da seringa de vidro, que estava então conectada ao tubo, e enviado ao útero. O tamponamento do lugar da punção com um tampão (“pad”) muito quente controlou qualquer sangramento. A trompa foi então reparada e o abdômen fechado. O teste de gravidez permaneceu positivo. Depois de um percurso pós-operatório e pré-natal normal, foi dada à luz a termo uma criança normal¹¹⁷.

¹¹⁶ Cf. S. PEIXOTO – G. R. LIMA, “Prenhez tubária..”, 11-12.

¹¹⁷ L. B. SHETTLES. “Tubal embryo successfully transferred in utero”, *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 163 (1990), 2026.

O caso de Shettles – que só seria divulgado na *American Journal of Obstetrics and Gynecology* dez anos mais tarde – havia sido relatado em um pôster enviado pelo autor a um congresso internacional realizado em Annecy (França) em 1982 sobre “Transferência de embrião em mamíferos”. No pôster, o autor especificava que a criança dada à luz era do sexo feminino, pesando 3.200 gramas¹¹⁸.

Shettles pensava que houvesse sido o primeiro a realizar com sucesso a transferência de um embrião tubário para o útero. Correspondendo-se com o teólogo brasileiro Antonio Donato Paulo Rosa, ele foi informado de que, algumas décadas antes, Wallace já havia feito o mesmo. Shettles atribui o seu sucesso, como o de Wallace, às condições do saco embrionário: inicial, intacto, ainda completamente coberto pelas vilosidades coriônicas e sem hemorragia¹¹⁹. A informação de A. G. Spagnolo e M. L. Di Pietro de que Shettles havia obtido sucesso “depois do fracasso de oito tentativas”¹²⁰ é estranha e talvez equivocada. De fato, ela não consta nos escritos de Shettles acima citados, nem na correspondência epistolar com A. D. P. Rosa de 1990.

Estimulado por esse teólogo brasileiro, o médico italiano Eugenio Lenzi resolveu levar a sério a causa da conversão tubário-uterina. Em 12 de dezembro de 1987, em uma sessão da “Società Laziale-Abbruzzese-Marchigiana-Molisana di Ginecologia e Ostetricia”, ele perguntava: “É possível salvar o embrião em uma gravidez ectópica?”¹²¹.

Em 1988, Lenzi publicou um artigo¹²² conclamando os ginecologistas, em colaboração com os microcirurgiões, a divulgar

¹¹⁸ Cf. L. B. SHETTLES. *Transfer tubal embryo in utero*. International Congress, Annecy-France, Embryo Transfer in Mammals, 1982.

¹¹⁹ Cf. L. B. SHETTLES. “Tubal embryo successfully...”, 2026-2027.

¹²⁰ A. G. SPAGNOLO – M. L. DI PIETRO, “Quale decisione per l’embrione...”, 296.

¹²¹ E. LENZI. *É possibile salvare l’embrione di una gravidanza ectopica?* Comunicazione alla Soc. Reg. di Gin. e Ost. L.A.M.M. del 12/12/1987.

¹²² E. LENZI. “Sulla conversione di una gravidanza ectopica in gravidanza uterina”, *Rivista di Ostetricia, Ginecologia Pratica e Medicina Perinatale* 2 (1988), 135-139.

as diversas tentativas já feitas, na esperança de se desenvolver a técnica. Ele argumentou que a transferência de um embrião tubário para o útero poderia ser mais bem sucedida do que a FIVET (fecundação *in vitro* e transferência do embrião). O motivo é a transformação decidual do endométrio, consensual à gravidez ectópica, que tende a fazer do útero um ambiente mais propício à implantação. Como o sucesso depende da precocidade do diagnóstico, Lenzi propôs 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 final de seu artigo, Lenzi dizia:

A terapia essencialmente cirúrgica da gravidez tubária passou através de duas fases: uma primeira dirigida a salvar a mãe; uma segunda dirigida a salvar possivelmente também a tuba. Agora parece que chegou o momento de preocupar-se em salvar, no maior número dos casos possíveis, também o embrião, ao qual, como ser humano, deve-se reconhecer o pleno direito à vida¹²³.

Ainda em 1988, no XII Congresso Mundial de Ginecologia e Obstetrícia realizado no Rio de Janeiro, de 23 a 28 de outubro, Eugenio Lenzi, Mario Primicerio e Paulo Rosa apresentaram uma palestra sobre o mesmo tema¹²⁴, acrescentando a necessidade de fazer experimentação em animais a fim de verificar se o tempo necessário para implantação completa do embrião transplantado no útero é compatível com a sobrevivência do embrião.

Em outubro de 1989, participando de um Congresso da Sociedade Italiana de Ginecologia e Obstetrícia (SIGO) em Sorrento (Itália), E. Lenzi, em colaboração com C. Taramanni, apresentou a comunicação “*La transvaginal sonography (TVS) per una diagnosi di gravidanza tubarica e per il suo trapianto in utero*”. Segundo o

¹²³ E. LENZI. “Sulla conversione di una gravidanza...”, 139.

¹²⁴ Cf. E. LENZI – M. PRIMICERIO – P. ROSA. *Conversion of ectopic pregnancy from fallopian tube to the cavity of uterus. Communication presented on October 27, 1988 at the XII World Congress of Gynecology and Obstetrics in Rio de Janeiro, Brazil.*

autor, a ultrassonografia transvaginal (TVS), valendo-se de transdutores da alta frequência (5 e 6,5 MHz), suspensos sobre sondas endovaginais até os fôrnices, permite quase um contato direto com as salpinges. É possível assim detectar um eventual implante tubário já na quinta semana de idade gestacional. Em tal época, com o diâmetro de apenas 4 a 5 milímetros, o embrião mal iniciou o ataque de suas vilosidades à parede tubária. Seu descolamento, portanto, o menos traumático possível mediante aspiração, deve ser muito fácil e de dano irrelevante para a sua sobrevivência. E a implantação no útero é favorecida pela presença da decídua em que se transforma o endométrio na gravidez ectópica. Lenzi conclui dizendo que “se impõe uma divulgação da necessidade de um uso sistemático da *TVS em todas as gravidezes iniciais*”, uma vez que o sucesso da conversão tubário-uterina depende da precocidade do diagnóstico da gravidez ectópica¹²⁵.

Foram inúmeros os artigos escritos e as conferências pronunciadas por Eugenio Lenzi, sempre insistindo no mesmo tema¹²⁶. Foi ele quem descobriu, em 1990, o pôster do Congresso de Annecy de 1982 com a notícia do sucesso de Shettles, que até então caíra no esquecimento. Somente depois do contato entre A. D. Paulo Rosa e Landrum Shettles é que este último resolveu divulgar seu caso na *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.

Um terceiro caso de sucesso de conversão de gravidez tubária em gravidez uterina foi relatado em 1994 por J. M. Pearce, I. T. Manyonda e G. V. P. Chamberlin¹²⁷. A cirurgia foi feita em uma mulher de 29 anos, na qual se diagnosticou, por ultrassonografia

¹²⁵ E. LENZI. *La transvaginal sonography (TVS) per una diagnosi di gravidanza tubarica e per il suo trapianto in utero*. Comunicazione al Congresso della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), Sorrento 23-27 ottobre 1989.

¹²⁶ Por exemplo, cf. LENZI, E., *Nuove terapie della gravidanza ectopica (g.e.) e loro valore bio-etico*. Atti LXVII Congresso SIGO, Brescia: Class International, 1990, cit. in A. G. SPAGNOLO – M. L. DI PIETRO, “Quale decisione per l’embrione...”, 308.

¹²⁷ Cf. PEARCE, J.M. – MANYONDA, I. T., CHAMBERLIN, G. V. P., “Term delivery after intrauterine relocation of an ectopic pregnancy”, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* (101) 1994, 716-717, cit. in A. G. SPAGNOLO – M. L. DI PIETRO, “È sogno o realtà il riposizionamento in utero delle gravidanze ectopiche?”, *Medicina e Morale* (1) 1995, 175-176.

transvaginal, a presença de um embrião de 5 semanas implantado na ampola da tuba esquerda. Mediante laparotomia, foi praticada uma incisão linear na tuba, removido o embrião e transferido para a cavidade uterina. Antes, porém, os médicos removeram, por via transcervical, o endométrio decidualizado de cada um dos quadrantes do útero, a fim de tornar a cavidade uterina “mais acolhedora”.

Dois dias depois da intervenção, uma ecografia pélvica pôs em evidência a presença de uma gravidez simples e um embrião de 4 milímetros com atividade cardíaca normal.

A gravidez prosseguiu até a 38ª semana e concluiu com o nascimento de uma menina de 2,7 kg em bom estado de saúde. Os autores haviam antes diagnosticado e tratado oito gravidezes ectópicas, entre a 5ª e a 8ª semana, mas não obtiveram êxito na transferência do embrião para o útero.

Pearce e seus colaboradores atribuem o sucesso da cirurgia ao fato de haverem removido, antes de colocar o embrião no útero, algumas zonas da parede uterina. Segundo eles, embora o trofoblasto mantenha a capacidade de implantar-se em qualquer epitélio até a 20ª semana de gestação, o mesmo não se verifica quando o epitélio é o endométrio uterino. Este só é receptivo à nidação do embrião em uma breve fase denominada “período janela”. Isso explicaria o fracasso da transferência do embrião em um ambiente não receptivo e o sucesso obtido com a remoção do endométrio “hostil”¹²⁸.

Thomas Hilgers, segundo correspondência epistolar recebida por A. G. Spagnolo e M. L. Di Pietro em agosto-novembro de 1994, tentou fazer uma conversão tubário-uterina. Depois da remoção da tuba mediante salpingotomia linear e enucleação microscópica, o saco gestacional e o tecido trofoblástico e viloso a ele associado foram recolocados no útero através de uma brecha efetuada no miométrio uterino. A intervenção infelizmente resultou em aborto espontâneo. Hilgers atribuiu a causa de seu insucesso ao fato de que, no momento da transferência, havia uma pequena hemorragia

¹²⁸ Cf. A. G. SPAGNOLO – M. L. DI PIETRO, “Quale decisione per l’embrione...”, 285-286.296-297.

pélvica, os níveis de hCG estavam abaixo da norma para a idade gestacional e parte das vilosidades coriônicas já se tinham destacado da parede tubária, sinais estes de um processo abortivo já iniciado espontaneamente¹²⁹.

No ano 2000, Hilgers escreveu:

Minha prática médica é dedicada ao trabalho com anormalidades reprodutivas e a incidência de gravidez tubária é ainda maior nessa população. Assim, eu tive a oportunidade de ver essa condição não raramente. Sempre me espantei com o fato de que minhas pacientes não hesitariam em tirar o bebê da trompa e colocá-lo no útero se isso fosse possível de alguma forma. De fato, a literatura médica relata que em duas ocasiões isso foi bem sucedido.

Baseado nisso, eu mesmo tentei este procedimento em duas ocasiões separadas. Desafortunadamente, nenhuma tentativa foi bem sucedida. Atualmente, meu hospital suspendeu o procedimento enquanto trabalhamos no desenvolvimento de protocolos para retornarmos esse esforço¹³⁰.

Como se vê, após duas tentativas frustradas, Hilgers suspendeu o procedimento. E até hoje não se tem notícia de que ele tenha sido retomado. De fato, há anos que não se ouve mais falar em tentativas de conversão tubário-uterina. É sintomático que Emilio Silvestini, em sua extensa monografia sobre a gravidez ectópica publicada em 2007, afirme que, “em relação [...] à *conversão da gravidez extra-uterina em gravidez uterina*, atualmente, segundo os conhecimentos possuídos e oferecidos pela literatura científica, *se está ainda no campo da mera e pura hipótese*”¹³¹. E ainda: “*não resultam da literatura até agora, por quanto se sabe, casos tentados por obstetras, ginecólogos e cirurgiões que tenham tido êxito feliz*”¹³². Durante anos de pesquisa, o autor não tomou conhecimento

¹²⁹ Cf. A. G. SPAGNOLO – M. L. DI PIETRO, “Quale decisione per l’embrione...”, 296.298.

¹³⁰ T. W. HILGERS, *Ectopic Pregnancy...* 37.

¹³¹ E. SILVESTRINI, *L’embrione umano in gravidanza ectopica...*, 608.

¹³² E. SILVESTRINI, *L’embrione umano in gravidanza ectopica...*, 415.

de nenhum dos três casos de sucesso (Wallace em 1915, Shettles em 1980, Pearce em 1994) da conversão tubário-uterina! Parece que, após um período de euforia nos anos 80 e 90, o assunto voltou a cair no esquecimento...

2. *Moralidade da conversão tubário-uterina*

A. G. Spagnolo e M. L. Di Pietro, depois de dizerem que a “terapia de espera” não apresenta objeções do ponto de vista moral, acrescentam:

Diante das perspectivas de conversão tubário-uterina acima referidas, hoje se deve auspiciar um sempre maior empenho neste campo, de modo a poder “qualquer coisa a mais” do que a espera, para dar a possibilidade de vida ao embrião em gravidez ectópica¹³³.

Em 1955, M. Zalba e J. Bozal já diziam:

... se é possível praticar a chamada “operação Wallace”, transplantando o feto ectópico ao útero para que tenha seu normal desenvolvimento, é claro que tal transplantação será obrigatória em caso de intervenção na mãe, escolhendo de per si para isso a conjuntura mais favorável para o bom êxito do transplante¹³⁴.

Para esses autores, portanto, a conversão tubário-uterina não é somente lícita, mas obrigatória, por oferecer ao bebê uma chance de sobrevivência. A licitude moral de tal procedimento parece ser aceita unanimemente entre os moralistas, tanto antigos, quanto recentes¹³⁵. Para A. G. Spagnolo e Di Pietro, o respeito devido ao embrião humano desde a sua concepção e o dever de defendê-lo

¹³³ A. G. SPAGNOLO – M. L. DI PIETRO, “Quale decisione per l’embrione...”, 299.

¹³⁴ M. ZALBA – J. BOZAL, *El magisterio eclesiastico y la medicina...*, 96.

¹³⁵ Uma exceção encontramos em Mary G. Geach, que se opõe seja á conversão tubário-uterina, seja à adoção de embriões humanos congelados abandonados (Cf. E. SILVESTRINI, *L’embrione umano in gravidanza ectopica...*, 417).

conduzem à “obrigação ética de aprofundamento da pesquisa”¹³⁶ sobre essa intervenção. Essa pesquisa deveria ser feita em animais, com o esforço de encontrar as técnicas menos lesivas possíveis para a vida e a saúde do nascituro¹³⁷.

Embora, no estágio atual, a conversão tubário-uterina ainda seja uma técnica em fase experimental e com grade percentual de insucesso, Spagnolo e Di Pietro julgam-na lícita por se tratar de uma experimentação claramente terapêutica, *feita em benefício do próprio embrião*, para salvar a sua vida, e *na falta de outras terapias válidas*, enquadrando-se no que diz a instrução *Donum Vitae*, da Congregação para a Doutrina da Fé:

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 convalidados¹³⁸.

Spagnolo e Di Pietro não admitem a passividade do médico se está à disposição dele essa terapia que pode salvar a vida da criança:

...se o médico tem, de uma parte, a obrigação moral de monitorar a gravidez, tem, de outra parte, a obrigação ainda maior de avaliar se tal conversão [tubário-uterina] é possível: e do momento em que a finalidade é a de salvar a vida tanto da mãe, quanto da criança, ele não pode assumir a atitude passiva de espera, mas deve

¹³⁶ A. G. SPAGNOLO – M. L. DI PIETRO, “Quale decisione per l’embrione...”, 306

¹³⁷ Cf. A. G. SPAGNOLO – M. L. DI PIETRO, “Quale decisione per l’embrione...”, 307.

¹³⁸ CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ, *Instrução sobre o respeito à vida humana nascente e a dignidade da procriação (Donum Vitae)*, Vozes, Petrópolis 1987, I.4.

intervir logo com aquilo que a ciência lhe põe hoje à disposição¹³⁹.

3. *A necessidade de uma conclamação*

Hoje, é necessário reavivar as palavras de Eugênio Lenzi ditas em 1990:

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 justo¹⁴⁰.

De fato, o êxito da intervenção, como todos reconhecem, depende da precocidade do diagnóstico da gravidez ectópica.

Mas 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.

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

¹³⁹ A. G. SPAGNOLO – M. L. DI PIETRO, “Quale decisione per l’embrione...”, 306-307.

¹⁴⁰ LENZI, E., *Nuove terapie della gravidanza ectopica (g.e.) e loro valore bio-etico*. Atti LXVII Congresso SIGO, Brescia: Class International, 1990, 1027-1028, cit. in A. G. SPAGNOLO – M. L. DI PIETRO, “Quale decisione per l’embrione...”, 308.

experimentação que não têm os médicos que lidam com vidas humanas.

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)¹⁴¹. Como se vê, nada mais se requer que uma verdadeira educação para a castidade e para a abertura à vida.

¹⁴¹ Cf. A. G. SPAGNOLO – M. L. DI PIETRO, “Quale decisione per l’embrione...”, 308.

CONCLUSÃO

No curso desta dissertação, pudemos verificar, de um lado, a utilidade e a fecundidade do princípio da ação com duplo efeito aplicado às questões bioéticas; de outro lado, o perigo de usá-lo de maneira forçada para justificar práticas diretamente ocisivas, como: a craniotomia, o aborto (ou aceleração do parto antes da maturidade fetal), a remoção direta de embriões ectópicos (por meio da salpingostomia) e a destruição do trofoblasto (por meio do metotrexato) com a conseqüente morte da criança.

Verificamos como a tese de Bouscaren representou um ponto de inflexão na abordagem da gravidez ectópica, ao distinguir o objeto direto da salpingectomia (a tuba danificada) do seu objeto indireto (o embrião ectópico). Mostramos, em especial, duas dificuldades na aplicação do princípio da ação com duplo efeito à remoção da trompa antes de sua ruptura: a primeira é que essa cirurgia não seria feita se a mulher não estivesse grávida (não seria feita “independentemente do seu estado de gravidez”, nas palavras de Pio XII); a segunda é que, se o médico simplesmente matasse a criança, deixando a trompa intacta (como se faz com o metotrexato), salvaria a vida da mãe.

Apontamos o perigo de que a legitimação da salpingectomia seja o início de uma ladeira escorregadia (*slippery slope*) em direção da justificação de práticas diretamente abortivas. Observamos como a distinção de Bouscaren levou posteriormente moralistas como Tuohey e Moraczewski a defenderem a salpingostomia e o metotrexato, distinguindo a ação sobre o trofoblasto (objeto direto) da ação sobre o próprio embrião (objeto indireto). Apresentamos críticos de Bouscaren, como Keenan e Rhonheimer, que rejeitam a distinção por ele feita em defesa da salpingectomia não para condená-la, mas para defender outros procedimentos diretamente abortivos.

Depois de mostrar que, em se tratando do respeito à vida humana, não se pode aplicar o probabilismo, concluímos que, dentre todas as opções terapêuticas apresentadas para a gravidez ectópica, a única que *seguramente* (e não só provavelmente) não constitui

aborto diretamente provocado é a expectação armada seguida, se necessário, da intervenção na tuba no estágio de *hemorragia em ato*, posição esta defendida por Fasanella, Silvestri e Sgreccia.

O último capítulo foi dedicado à conversão da gravidez ectópica em gravidez uterina, uma cirurgia que já foi bem sucedida em três ocasiões (Wallace em 1915, Shettles em 1980, Pearce em 1994), mas parece ter caído no esquecimento nos últimos anos. Verificamos como, de acordo com a instrução *Donum Vitae*, essa técnica, ainda que esteja em fase experimental, é lícita, por ser feita em benefício do próprio embrião, numa tentativa extrema de salvar sua vida e na ausência de outros meios terapêuticos. Fizemos notar a necessidade de que os profissionais de saúde invistam seriamente na pesquisa da conversão tubário-uterina. Ressaltamos a importância do papel dos veterinários, que poderão, sem obstáculos éticos, *provocar* uma gravidez ectópica em animais e depois tentar convertê-la em gravidez uterina, preparando o caminho para práticas seguras com embriões humanos. Além disso, mencionamos a conclamação de Lenzi de que as mulheres de forma “quase sistemática” se submetam à ecografia transvaginal tão logo ocorra um atraso menstrual, de modo a possibilitar um diagnóstico precoce de uma eventual gravidez ectópica e aumentar a chance de sucesso da transplantação do embrião no útero.

Concluimos esta dissertação rogando a Deus que o quanto antes faça a sua Igreja manifestar-se oficialmente sobre a gravidez ectópica, assunto sobre o qual o Magistério não se tem pronunciado desde 1902. Uma instrução sobre esse tema teria uma importância comparável à da encíclica *Humanae Vitae* de 1968 (sobre a anticoncepção e a continência periódica), à da instrução *Donum Vitae* de 1987 (sobre o respeito à vida humana nascente e a dignidade da procriação) e à da recente instrução *Dignitas Personae* de 2008 (sobre algumas questões de Bioética).

BIBLIOGRAFIA

- ACADEMIA DE MEDICINA DEL PARAGUAY, *Declaración aprobada por el Plenario Académico Extraordinario en su sesión de 4 de Julio de 1996.*
- AERTNYS, I. – DAMEN, C., *Theologia Moralis secundum doctrinam S. Alfonsi de Ligorio Doctoris Ecclesiae*, I, Marrieti, Roma 1956¹⁷.
- BETTENCOURT, E., “Silenciar a verdade para preservar a paz?” *Pergunte e Responderemos* 285 (1986), 59-65.
- BOUSCAREN, T. L., *Ethics of ectopic operations*, Loyola University Press, Chicago 1933.
- CATECHISMUS CATHOLICAE ECCLESIAE. Testo latino e italiano, Libreria Editrice Vaticana, Vaticano 1999.
- CAVANAUGH, T. A., *Double-effect reasoning. Doing good and avoiding evil*, Oxford University Press, Oxford 2006.
- CLOWES, B., *The facts of life. An authoritative guide to life and family issues*, Human Life International, Front Royal, Virginia 2001².
- CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ, *Instrução sobre o respeito à vida humana nascente e a dignidade da procriação (Donum Vitae)*, Vozes, Petrópolis 1987.
- CONNELL, F. J., “Double effect, principle of”, in THE CATHOLIC UNIVERSITY OF AMERICA, *New catholic encyclopedia*, McGraw-Hill, New York 1967. volume IV, 1020-1022.
- DEL GRECO, T. T., *Teologia Moral. Compêndio da Moral Católica para o clero em geral e leigos*, Pia Sociedade de São Paulo, São Paulo 1959.
- ENCHIRIDION DELLE ENCICLICHE. Edizione bilingue. V. Pio XI, Edizioni Dehoniane, Bologna 1998².
- FAGGIONI, M. P., “Problemi morali nel trattamento della preeclampsia e della corioamnionite”, *Medicina e Morale* 3 (2008), 483-526.
- FASANELLA, G. – SILVESTRI, N. – SGRECCIA, E., “Gravidanza extra-uterina” in LEONE, S. – PRIVITERA, S. (edd.), *Nuovo dizionario di Bioetica*, Città Nuova, Roma - Istituto Siciliano di Bioetica, Acireale 2004, 556.
- GIOVANELLI, G., *La gravidanza ectopica nella tradizione e nel dibattito bioetico contemporaneo. Dissertatio ad doctorandum in Theologia Morali consequendum*. Accademia Alfonsiana, Fano 2006.
- GÜNTHÖR, A., *Chiamata e risposta. Una nuova teologia morale. III. Morale speciale. La relazione verso il prossimo*, Edizione Paoline, Roma 1977.
- HEALY, E. F., *Medicina e Morale*, Paoline, Roma 1960².
- HILGERS, T. W., Ectopic Pregnancy. *Celebrate Life* 4 (2000) 37.
- HITT, J., Pro-Life Nation, *The New York Times*, 9-4-2006, in <http://www.nytimes.com/2006/04/09/magazine/09abortion.html?pagewanted=all> [11-04-2009].
- HUNGRIA, N., *Comentários ao Código Penal*, V, Forense, Rio de Janeiro 1958⁴.

- KEENAN, J. F., "The function of the principle of double effect", *Theological Studies* 54 (1993) 294-316.
- KELLER, W., *E a Bíblia tinha razão....*, tr. João Távora. Melhoramentos, São Paulo 1958².
- LANZA, A. – PALAZZINI, P., *Princípios de Teologia Moral. II. Las virtudes*. Ediciones RIALP, Madrid 1958.
- LENZI, E. – PRIMICERIO, M. – ROSA, P., *Conversion of ectopic pregnancy from fallopian tube to the cavity of uterus*. Communication presented on October 27, 1988 at the XII World Congress of Gynecology and Obstetrics in Rio de Janeiro, Brazil.
- LENZI, E., "Sulla conversione di una gravidanza ectopica in gravidanza uterina", *Rivista di Ostetricia Ginecologia Pratica e Medicina Perinatale* (2) 1988, 135-139.
- _____, *É possibile salvare l'embrione di una gravidanza ectopica?*
Comunicazione alla Soc. Reg. di Gin. e Ost. L.A.M.M. del 12/12/1987.
- _____, E., *La transvaginal sonography (TVS) per una diagnosi di gravidanza tubarica e per il suo trapianto in utero*. Comunicazione al Congresso della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), Sorrento 23-27 ottobre 1989.
- LUCAS LUCAS, R., *Bioética per tutti*, San Paolo, Cinisello Balsamo 2005².
- MANGAN, J. "An historical analysis of the principle of the double effect", *Theological Studies* 10 (1949) 41-61.
- MARÍN, A. R., *Teología Moral para seglares. I. Moral Fundamental y Especial*, La Editorial Católica, Madrid 1957.
- MARTINS, L. – GRIEGER, G. – DAFLON, R., "Excessos de proveta", *Época*, n. 67, 30-8-1999, in <http://epoca.globo.com/edic/19990830/ciencia1b.htm> [17-04-2009].
- MERLO, P., "L'aborto. Aspetti etici", in E. LARGHERO – G. ZEPPEGNO (ed.) *Dalla parte della vita. Itinerari di bioetica*, Effata Editrice, Cantalupa 2007, 323-344.
- MIGLIETA, G. M., *Teologia morale contemporanea. Il principio del duplice effetto*, Urbaniana University Press, Roma 1997.
- PEIXOTO, S. – LIMA, G. R., "Prenhez tubária. Tentativa de renidação intra-uterina" *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, 7 (1967) 7-12.
- PIO XI, *Casti Conubii*, in AAS 22 (1930), 539-592.
- PIO XII. *Discorsi ai medici*. Orizzonte Medico, Roma, 1960⁶.
- SCREMIN, L., *Dizionario di morale professionale per i medici*, Studium, Roma 1954.
- SHETTLES, L. B., "Tubal embryo successfully transferred in utero", *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 163 (1990), 2026-2027.
- _____, *Transfer tubal embryo in utero*. International Congress, Annecy-France, Embryo Transfer in Mammals, 1982.
- SILVESTRINI, E., *L'embrione umano in gravidanza ectopica con particolare attenzione a quella tubarica. Aspetti antropologico-teologici e biologico-etici*, Ancora, Milano 2007.

- SPAGNOLO, A. G. – DI PIETRO, M. L., “È sogno o realtà il riposizionamento in utero delle gravidanze ectopiche?”, *Medicina e Morale* (1) 1995, 175-177.
- _____, “Quale decisione per l’embrione in una gravidanza tubarica?”, *Medicina e Morale* 2 (1995), 285-310.
- VIRDIS, A., “Il principio morale dell’atto a duplice effetto e il suo uso in bioetica”, *Medicina e Morale* 5 (2006), 951-979.
- WALLACE, C. J., “Transplantation of ectopic pregnancy from fallopian tube to cavity of uterus”, *Surgery, Gynecology and Obstetrics* 24 (1917), 578-579.
- ZALBA, M. – BOZAL, J., *El magisterio eclesiastico y la medicina*. Razon y Fe, Madrid 1955.
- ZALBA, M., *Theologiae Moralis Summa. Vol. II. Theologia moralis specialis. De mandatis Dei et Ecclesiae. De statibus particularibus*. Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid 1957²

PEDIDOS DESTE LIVRO PARA:

Pro**id-A**
Pró-Vida de Anápolis

CAIXA POSTAL 456
75024-970 - ANÁPOLIS - GO
TEL.: (62) 3321-2102 - TELEFAX: (62) 3321-0900
www.providaanapolis.org.br

OUTROS LIVROS À VENDA PELO PRÓ-VIDA DE ANÁPOLIS



**Aborto na rede hospitalar pública:
o Estado financiando o crime,**
de Pe. Luiz Carlos Lodi da Cruz
144 páginas (15,5 cm x 22,5 cm)



IPPF: a multinacional da morte
de Jorge Scala
traduzido por
Pe. Luiz Carlos Lodi da Cruz
400 páginas (15,5 cm x 23 cm)