

Supremo Tribunal Federal
Meritíssimo Ministro Relator Ricardo Lewandowski

Ref. ADPF 737

ASSOCIAÇÃO MÉDICO-ESPÍRITA DO BRASIL, associação civil com sede na Av. Pedro Severino Júnior, 325, Jabaquara, São Paulo-SP, CEP 04310-060, inscrita no CNPJ sob o nº 00.760.473/0001-97; vem respeitosamente perante Vossa Excelência, através de seus advogados subscritos, solicitar sua participação nesta ação como

AMICUS CURIAE,

nos termos do artigo 138 do CPC, pelas razões de fato e fundamentos jurídicos que passa a expor:

1) Do escopo desta ação:

Em síntese, esta ação tem como objeto discutir o descumprimento de preceito fundamental pela Portaria 2.282 de 27.08.2020 do Ministério da Saúde, que estabeleceu critérios administrativos para o procedimento do aborto em caso de estupro no âmbito do Sistema Único de Saúde.

2) Dos Requisitos legais para admissão do *Amicus Curiae*:

A Requerente atende aos quatro requisitos estabelecidos pelo Legislador para a solicitação ou admissão do *amicus curiae*, a saber:

a) **Relevância da matéria:** A questão da regulamentação dos protocolos/procedimentos para a realização do aborto em casos de estupro é matéria de alta relevância, uma vez que se trata de um fato jurídico que tange os direitos fundamentais, princípios e valores que regem a República, tais como o Direito à Vida, à Saúde, à Dignidade da Pessoa Humana, à Família, à Liberdade Sexual e Reprodutiva, dentre outros.

b) **A Especificidade do objeto da demanda:** A Portaria objeto desta ação, trata especificamente da conduta dos mais de 400 mil médicos que atuam no Brasil, e que devem seguir as orientações do Ministério da Saúde e dos Conselhos Federal e Estaduais de Medicina, sob pena de infringirem a Lei, as regras administrativas e éticas que regulam o exercício da profissão, sob pena de responderem por ação ou omissão nas esferas criminal, cível e

administrativa, o que impacta diretamente os profissionais médicos representados pela Requerente, além dos demais profissionais de saúde, representado por outras entidades.

c) Alternativamente, **a repercussão social da controvérsia:** Indubitável é a repercussão social da controvérsia que tem acento nos direitos fundamentais e envolve condutas altamente reprovadas pela sociedade, elevadas a tipos penais com penas de reclusão de até 30 anos (art. 124 a 128; 213 a 216-A; 217 à 226 do Código Penal)

d) Pessoa natural ou jurídica, órgão ou **entidade especializada com representatividade adequada:** A Requerente tem entre seus associados médicos, especializados no objeto desta controvérsia e representa em âmbito nacional, associações médico-espíritas presentes em todo país, congregando mais de 4 mil médicos, o que faz dela uma entidade qualificada para contribuir como julgamento, por terem seus membros conhecimento de causa, no âmbito científico e na prática médica em todos o Brasil, notadamente no Sistema Único de Saúde.

3) **Da Portaria guerreada:** A petição inicial tem como objetivo a desconstituição da seguinte portaria:

PORTARIA Nº 2.282, DE 27 DE AGOSTO DE 2020

Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE INTERINO, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e

Considerando que o Ministério da Saúde deve disciplinar as medidas assecuratórias da licitude do procedimento de interrupção da gravidez nos casos previstos em lei quando realizados no âmbito do SUS;

Considerando que o Código Penal Brasileiro estabelece como requisitos para o aborto humanitário ou sentimental, previsto no inciso II do art. 128, que ele seja praticado por médico e com o consentimento da mulher;

Considerando as alterações promovidas pela Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009, no art. 213 e a inclusão do art. 217-A no Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), que tipificam, respectivamente, os crimes de estupro e estupro de vulnerável;

Considerando a Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018, que altera o artigo 225 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável;

Considerando a necessidade de se garantir aos profissionais de saúde envolvidos no procedimento de interrupção da gravidez segurança jurídica efetiva para a realização do aludido procedimento nos casos previstos em lei; e

Considerando o Ofício nº 3475125/2020-DPU MG/05OFR MG, que solicita revogação da Norma Técnica "Prevenção e tratamento de agravos resultantes da violência sexual contra mulher e adolescentes" e da Portaria nº 1.508 GM/MS, de 1º de Setembro de 2005, resolve:

Art. 1º É obrigatória a notificação à autoridade policial pelo médico, demais profissionais de saúde ou responsáveis pelo estabelecimento de saúde que acolheram a paciente dos casos em que houver indícios ou confirmação do crime de estupro.

Parágrafo único. Os profissionais mencionados no caput deverão preservar possíveis evidências materiais do crime de estupro a serem entregues imediatamente à autoridade policial, tais como fragmentos de embrião ou feto com vistas à realização de confrontos genéticos que poderão levar à identificação do respectivo autor do crime, nos termos da Lei Federal nº 12.654, de 2012.

Art. 2º O Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei compõe-se de quatro fases que deverão ser registradas no formato de termos, arquivados anexos ao prontuário médico, garantida a confidencialidade desses termos.

Art. 3º A primeira fase será constituída pelo relato circunstanciado do evento, realizado pela própria gestante, perante 2 (dois) profissionais de saúde do serviço.

Parágrafo único. O Termo de Relato Circunstanciado deverá ser assinado pela gestante ou, quando incapaz, também por seu representante legal, bem como por 2 (dois) profissionais de saúde do serviço, e conterá:

- I - local, dia e hora aproximada do fato;
- II - tipo e forma de violência;
- III - descrição dos agentes da conduta, se possível; e
- IV - identificação de testemunhas, se houver.

Art. 4º A segunda fase se dará com a intervenção do médico responsável que emitirá parecer técnico após detalhada anamnese, exame físico geral, exame ginecológico, avaliação do laudo ultrassonográfico e dos demais exames complementares que porventura houver.

§ 1º A gestante receberá atenção e avaliação especializada por parte da equipe de saúde multiprofissional, que anotará suas avaliações em documentos específicos.

§ 2º Três integrantes, no mínimo, da equipe de saúde multiprofissional subscreverão o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez, não podendo haver desconformidade com a conclusão do parecer técnico.

§ 3º A equipe de saúde multiprofissional deve ser composta, no mínimo, por obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo.

Art. 5º A terceira fase se verifica com a assinatura da gestante no Termo de Responsabilidade ou, se for incapaz, também de seu representante legal, e esse termo conterá advertência expressa sobre a previsão dos crimes de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal) e de aborto (art. 124 do Código Penal), caso não tenha sido vítima do crime de estupro.

Art. 6º A quarta fase se encerra com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que obedecerá aos seguintes requisitos:

I - o esclarecimento à mulher deve ser realizado em linguagem acessível, especialmente sobre:

- a) os desconfortos e riscos possíveis à sua saúde;
- b) os procedimentos que serão adotados quando da realização da intervenção médica;
- c) a forma de acompanhamento e assistência, assim como os profissionais responsáveis;

e

d) a garantia do sigilo que assegure sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos, passíveis de compartilhamento em caso de requisição judicial;

II - deverá ser assinado ou identificado por impressão datiloscópica, pela gestante ou, se for incapaz, também por seu representante legal; e

III - deverá conter declaração expressa sobre a decisão voluntária e consciente de interromper a gravidez.

Art. 7º Todos os documentos que integram o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, conforme modelos constantes nos anexos I, II, III, IV e V desta Portaria, deverão ser assinados pela gestante, ou, se for incapaz, também por seu representante legal, e elaborados em duas vias, sendo uma fornecida à gestante.

Art. 8º Na segunda fase procedimental, descrita no art. 4º desta Portaria, a equipe médica deverá informar acerca da possibilidade de visualização do feto ou embrião por meio de ultrassonografia, caso a gestante deseje, e essa deverá proferir expressamente sua concordância, de forma documentada.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 10 Fica revogado o Título V do Capítulo VII da Seção II - Do Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos Casos Previstos em Lei - (Origem: PRT MS/GM 1508/2005), Artigos 694 a 700, da Portaria de Consolidação nº 5 de, 28 de setembro de 2017.

A Requerida defende a constitucionalidade da portaria objeto desta ação, pelos seguintes motivos:

- a) A Portaria em foco apenas regulamenta o procedimento administrativo para a hipótese do aborto de conceito decorrente de estupro, sem inovar, preservando a harmonia e independência entre os Poderes, conforme o princípio fundamental contido no artigo 2º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.
- b) Considerando a nova redação do artigo 225 do Código Penal, determinada pela Lei Nacional nº 13.718 de 24.09.2018, os crimes contra a liberdade sexual e os crimes sexuais contra vulneráveis tiveram o procedimento atrelado à ação penal pública INCONDICIONADA, sendo dever do Poder Executivo cumprir a nova regra, a notificação pelo médico à autoridade policial é medida que se impõe, não sendo uma faculdade dos profissionais de saúde, mas sim uma obrigação.
- c) Nota-se que o procedimento é minucioso e visa assegurar exatamente os direitos constitucionais da gestante, não lhe retirando direitos, mas criando um critério objetivo para o seu exercício, visando preservar também os direitos e obrigações de todas as pessoas envolvidas no lamentável crime contra a liberdade sexual.
- d) As consequências do aborto são graves conforme demonstram os artigos científicos juntados como anexos, produzidos pelos associados da Requerente, pessoal altamente qualificadas para opinar sobre o tema tratado nesta ação.

4) Do pedido:

Em vista do exposto, requer:

- a) A admissão da Requerente como *Amicus Curiae*, por estarem presentes os requisitos de admissibilidade previstos no artigo 138 do CPC;
- b) A retirada de pauta do plenário virtual (ou pedido de destaque), com o indeferimento do pedido liminar monocraticamente (art. 21, V, do RISTF), em face das razões de fato e fundamentos jurídicos e científicos aqui expostos;
- c) Seja realizada oportunamente uma “Audiência Pública”, nos termos regimentais, para que a sociedade civil organizada possa se manifestar democraticamente, dentro da pluralidade e do respeito às opiniões contrárias;
- d) Finalmente, seja confirmada a liminar a ser indeferida, sendo julgado improcedente o pedido inicial em todos os seus termos;
- e) A juntada da documentação anexa.

Nestes termos, pede deferimento.

Brasília, 21 de setembro de 2020.

p.p. Luciano Alencar da Cunha
OAB/MG 58.812 – OAB/SP 365.872

p.p. Letícia Alcântara Roman
OAB/MG 203.240

5) Dos anexos: Para contribuir com o julgamento, junta abaixo alguns artigos produzidos por médicos associados, que pode auxiliar no esclarecimento de aspectos científicos sobre o aborto em diversas abordagens:

O ABORTO NA VISÃO MÉDICA E PSICOLÓGICA

Gilson Luís Roberto

Médico - Especialista em Psicologia Analítica

"O aborto não é, como dizem, simplesmente um assassinato. É um roubo... Nem pode haver roubo maior. Porque, ao malogrado nascituro, rouba-se-lhe este mundo, o céu, as estrelas, o universo, tudo. O aborto é o roubo infinito."
Mário Quintana

Embora a incoerência e a inconsistência dos argumentos a favor do aborto, o tema retorna insistentemente na tentativa de se criar uma situação ou um fato político que favoreça a sua descriminalização no Brasil. Além das pesquisas demonstrarem que a maioria esmagadora da população brasileira é contra o aborto, as justificativas e argumentos em sua defesa não encontram respaldos científicos, sendo em sua maioria superficiais, utilitaristas, baseados em interesses econômicos.

As estratégias que buscam confundir a população e evitar o debate dentro dos critérios científicos são inúmeras. Uma delas foi a criação do termo “pré-embrião” em 1986 por Anne McLaren, para designar os embriões que ainda não haviam sido implantados no útero e assim tentar justificar métodos abortivos de interrupção da gravidez. Entretanto, o fato é que para a ciência médica a vida inicia com a fecundação, não existindo dúvidas quanto a isso. Em todos os livros de embriologia médica encontramos que a vida começa com a fecundação não havendo distinção em qualquer de sua fase:

“A maioria do nosso grupo não conseguiu encontrar, entre a fecundação e o nascimento, um ponto no qual fosse possível dizer: aqui não está uma vida humana”¹

*“Médicos, biólogos e outros cientistas concordam que a concepção marca o início da vida do ser humano – um ser que está vivo e é membro da nossa espécie. Sobre este ponto existe uma concordância esmagadora num sem-fim de artigos científicos na área de medicina e da biologia.”
(97th Congress, 1st Session)*

A fase de zigoto, o embrião, feto, passando pelo nascimento até chegarmos à fase adulta fazem parte da nossa evolução ontogenética. Embora essas fases de desenvolvimento sejam divididas é sempre o mesmo indivíduo igualmente identificável biologicamente ao longo de

toda a sua existência, sendo um ser único e distinto: “*O tipo genético – as características herdadas de um ser humano individualizado – é estabelecido no processo da concepção e permanecerá em vigor por toda a vida daquele indivíduo*” (Shettles e Rorvik). Portanto, em qualquer fase em que ocorrer a interrupção do processo embriológico a partir da fecundação será sempre um aborto.

Outro argumento utilizado é que o aborto é uma questão de saúde pública já que sua legalização evitaria inúmeras mortes maternas supostamente causadas pelo aborto ilegal, ao mesmo tempo em que daria a mulher o direito de escolha. A tese que o aborto clandestino é uma das grandes causas da mortalidade materna não tem respaldo científico e nem das próprias estatísticas do Ministério da Saúde, ao contrário, o aborto legalizado é que é uma das maiores causas de mortalidade materna. Embora a maior parte das mortes relacionadas com o aborto legal não sejam classificadas oficialmente como tal, ele é constatado como a quinta causa de morte materna no E.U.A. Um estudo finlandês de 1997 bem documentado, financiado pelo Governo, mostrou que as mulheres que abortam têm quatro vezes maior probabilidade de morrer no espaço de um ano do que as mulheres que dão à luz.

Recentemente a revista científica PLOS ONE publicou um artigo intitulado “Women's Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths: A Natural Experiment in Chile from 1957 to 2007”, demonstrando que a legalização do aborto não diminuiu a mortalidade materna, contrariando o argumento invocado em favor da legalização do aborto. O estudo evidenciou que a causa da mortalidade está vinculado ao nível educacional das mulheres e dificuldades de atendimento médico.

O Journal of American Physicians and Surgeons (Revista de Médicos e Cirurgiões dos Estados Unidos) publicou um estudo realizado por Patrick Carrol intitulado "A Epidemia do Câncer de Mama" onde se demonstra que o aborto "é o principal causador do câncer de mama".ⁱⁱ O estudo também demonstra que o aborto antes do nascimento do primeiro filho é altamente cancerígeno.

O Dr. Joel Brind, diretor do Instituto de Prevenção do Câncer de Mama em Nova Iorque, um dos maiores especialistas na relação entre o aborto e o câncer de mama, realizou uma meta-análise de 23 estudos publicados sobre o assunto, 18 dos quais documentam uma relação entre o aborto e o câncer de mama.

De acordo com o livro Breast Cancer (Câncer de mama), do Dr. Chris Kahlenborn, a mulher que realiza um aborto tem 2 vezes mais probabilidade de sofrer o câncer de mama.

Karen Malec, Presidente da Coalition Abortion/Breast Cancer (Coalizão do Câncer Aborto/Mama) comentou o estudo e indicou que "já é tempo dos cientistas admitirem publicamente o que privadamente já sabem entre eles: que o aborto incrementa os riscos de contrair câncer de mama. Também é tempo para que detenham as investigações tergiversadas para proteger os estabelecimentos médicos de julgamentos maciços contra as práticas médicas".

Estatísticas disponíveis sugerem que cerca de 10 mulheres morrem todos os anos de gravidez ectópica relacionada ao aborto.

Portanto, o aborto, além de ser uma grande violência contra a vida da criança, é também contra a mulher. Ele é responsável por inúmeros traumas às mulheres que o praticam. Infelizmente a esmagadora maioria desconhece os efeitos prejudiciais psicológicos e físicos do aborto, havendo poucas informações sobre o assunto e um nítido interesse em escondê-los.

Um estudo realizado nos Estados Unidos (EUA) pela Dra. Priscilla Coleman, professora de Desenvolvimento Humano e Estudos Familiares da “Bowling Green State University”, com 1.000 adolescentes com gravidez inesperada constatou que as adolescentes que procederam ao aborto manifestaram cinco vezes mais necessidade de ajuda psicológica do que as que tiveram seus filhos.ⁱⁱⁱ Outro estudo similar publicada em Londres no “Journal of Child Psychiatry and Psychology” realizado pelo psicólogo e epidemiologista David Fergusson com 1.265 mulheres, das quais 500 engravidaram pelo menos uma vez aos 25 anos, 90 delas interromperam a gravidez através do aborto. Destas, 42% sofreram depressão, tendências suicidas, abuso de drogas e álcool, demonstrando que é o aborto e não a gravidez que causam problemas mentais.

Em outro estudo, Coleman observou uma relação entre abuso e maus tratos infantis 2,4 vezes maiores por mães que se submeteram a um aborto induzido na sua vida pregressa. As Mulheres que abortam consomem álcool e drogas para superar trauma apresentando cinco vezes mais probabilidades de consumir drogas e álcool do que uma mulher que não abortou. Logo, ao contrário do que dizem os apologistas do aborto que é melhor para a mulher dar cabo de filhos “não desejados” ainda intra-útero, do que tê-los, o aborto acarreta em maior risco de violência para com outros filhos “desejados” que essa mulher possa vir a ter ao longo de sua vida. As evidências demonstram que o sofrimento para manter a gravidez “não desejada” é muito menor ao trauma psíquico que o aborto provoca. As incompreensões e críticas da sociedade passam, assemelham-se a um barulho produzido por uma notícia que se espalha e perde-se, mas um aborto fica gravado na história e na psique da mulher para sempre.

A situação é tão grave devido às conseqüências danosas provocadas pelo aborto à saúde mental nos países onde ele foi legalizado que o Royal College of Psychiatrists, a associação dos psiquiatras britânicos e irlandeses, após afirmar que as mulheres que abortam arriscam a ter graves problemas de saúde mental, como a depressão profunda, alertaram que a mulher deve ser comunicada para os riscos caso opte pela interrupção da gravidez.

O aborto provocado é um procedimento traumático com repercussões gravíssimas para a saúde mental da mulher e que geralmente aparecem tardiamente.

O aborto produz um luto incluso devido à negação da ocorrência de uma morte real, mas esse aspecto é totalmente desconsiderado.

As mulheres sofrem uma perda e suas necessidades emocionais são relegadas ou escondidas. Elas não conseguem vivenciar o seu luto e lidar com a culpa. Esse processo vai gerar profundas marcas e favorecer o surgimento da Síndrome pós-aborto (PAS).

O psiquiatra Tonino Cantelmi e a psicóloga clínica Cristina Carace, responsáveis pelo Centro para Tratamento da Síndrome Pós-Aborto com sede em Roma na Itália, publicaram uma matéria chamando a atenção para o aumento dos transtornos psicológicos como repercussões do aborto provocado. Eles afirmam que os efeitos psicológicos do aborto “são extremamente variados e não parecem estar determinados pela educação recebida ou pelo credo religioso”.

Esclarecem que «A reação psicológica ao aborto espontâneo e ao aborto involuntário é diferente»; está relacionada com as características de cada um desses dois sucessos: “o aborto espontâneo é um evento imprevisto e involuntário, enquanto o IVE (aborto provocado interrompendo o desenvolvimento do embrião ou do feto e extraindo-o do útero materno) contempla a responsabilidade consciente da mãe” e que “O vínculo mãe-feto começa imediatamente depois da concepção, também nas mulheres que projetam abortar, enquanto os processos psicológicos substantivos a esta relação precoce são inconscientes e vão além do controle consciente da mãe.”

Aqueles que defendem o aborto afirmam que a admissão da culpa não é necessária e que se uma mulher se sente culpada é porque alguém "colocou a culpa nela", mostrando uma profunda falta de entendimento dos aspectos psicológicos envolvidos e da real complexidade do ato abortivo, que aliado ao discurso em defesa do aborto, leva a uma negação ou uma projeção desses fatores. O fato é que as próprias mulheres que se submeteram ao aborto afirmam que a culpa não foi gerada de fora para dentro, infundida nelas por outras pessoas ou pela religião, ao contrário, ela surgiu e cresceu em seu mundo íntimo.

Os problemas emocionais gerados pelo aborto são tão graves, que em muitos países onde ele é legalizado, foram criadas, pelas próprias mulheres vitimadas pelo aborto, associações como a Women Exploited by Abortion (Mulheres Exploradas pelo Aborto) nos EUA, e a Asociación de Víctimas del Aborto (Associação de Vítimas do Aborto) na Espanha, que orientam e alertam sobre as conseqüências prejudiciais do aborto.

O aborto não é definitivamente uma "solução fácil" como afirmam muitos, mas um grave problema, um ato agressivo que terá repercussões contínuas na vida da mulher.

Nos estados Unidos muitas mulheres perceberam estes fatos, e formaram a Coalisão Nacional de Mulheres pela Vida (National Women's Coalition for Life).

Gosto de trazer o exemplo dessas organizações femininas para refutar aqueles argumentos que dizem que para o homem é fácil ir contra o aborto. As mulheres, na verdade, são as principais vítimas e as que mais lutam contra o aborto.

Os casos relatados por essas mulheres são surpreendentes e servem de profundo alerta aos que defendem a legalização do aborto.

Um dos relatos encontrados é de Maria Esperanza Puente que abortou há mais dez anos o seu segundo filho numa clínica espanhola. Até hoje ela sofre da síndrome pós-aborto e afirma: “Sou porta-voz das vítimas do aborto porque sou vítima. Nunca ninguém me informou das conseqüências psicológicas que ia sofrer após abortar”.

Puente diz que embora passado tanto tempo ainda não consegue esquecer o trauma sofrido: “As meninas mais jovens, lembro que choravam baixinho, sem fazer ruído. Ninguém comentava nada com ninguém e reinava o silêncio, quando no seu interior gritava muito forte: não quero! Mas são gritos de afogados, que não escuta nem quem está ao lado, só nós ouvimos”, relatando o que acontecia na clínica abortista. Puente entrou na sala de cirurgia para que lhe praticassem a intervenção que segundo ela foi “rápida e muito agressiva” e recorda: “o curioso é como antes do aborto não lhe deixam ver a tela da ecografia, se por acaso nos arrependemos

quando já estamos na maca, dá no mesmo... Eu estava olhando para o teto dizendo pare! Mas sem gritar. Queria sair a correndo dali, mas não pude.” Maria Esperanza Puente lembra que o seu filho “foi colocado num recipiente de cristal e deixado ao lado, sendo visto, em seguida a enfermeira leva o pote. Nesse momento é como se lhe arrancassem com ele a vida”. Ao se referir à síndrome pós-aborto, Puente assegura que não consegue se perdoar e esquecer, revivendo o aborto em qualquer situação: “Algumas jovens vêem uma criança de quatro anos, que é a idade que deve ter o seu filho, e se põem a chorar”.

Nesse período só a Associação de Vítimas do Aborto lhe prestou ajuda. “Os médicos do Estado não oferecem ajuda, o Estado não informa, os meios de comunicação manipulam. Lançam a mensagem de que abortar é liberdade, é progresso, de que não faz mal”, afirmou Puente.

Como esses existem inúmeros relatos feitos por mulheres vitimadas pelo aborto. Para servir de base ao nosso estudo, vou descrever mais um caso que foi divulgado pela Asociación de Víctimas del Aborto (Associação de Vítimas do Aborto) da Espanha. A mulher identificada como Lúcia L. ficou grávida aos 17 anos de idade e abortou quando estava com seis meses de gestação: "Não nos explicaram nada mais sobre o desenvolvimento fetal, o procedimento, a duração da operação, riscos físicos e psicológicos, só que era com anestesia geral e que era muito simples", lembrou. O relato é estremeceador... “Não sei como meu filho morreu, se o mataram na sala de cirurgia, ou se nasceu vivo e o deixaram morrer depois, não sei”, relata. A mulher confessa que "dos 17 aos 23 anos esqueci tudo, acredito que era muito forte e minha mente bloqueou em um mecanismo de negação. Em minha casa não se voltou a falar disso, nem com meu namorado que agora é meu marido. Aos 23 anos comecei a passar mal, com ansiedade, depressão e transtornos da alimentação, mas nunca atribuí ao aborto, não reconhecia que alguém tivesse morrido naquele dia. Com essa idade eu pensava que se meu filho nascesse, este era um bebê, mas que se não nascesse, não era um ser vivo ainda e não podia acreditar que um médico fosse capaz de matar alguém ou de fazer algo que te prejudicasse. Eu pensava que se pudesse fazer, o aborto não podia ser errado. Lúcia relata que visitou psicólogos "dos 23 anos até os 28; nenhum soube me dizer o que acontecia com o pesar que eu sempre contava do aborto. De repente, um dia falando com meu namorado da possibilidade de nos casarmos e sermos pais, tudo estalou: compreendi que tinham matado meu filho e que meu filho tinha morrido".

Os relatos de Maria Esperanza Puente e de Lúcia descrevem bem a síndrome pós-aborto. São mulheres que tentaram ignorar os efeitos do aborto e acabam provocando o surgimento tardiamente dos sintomas emocionais e de difícil solução.

Entretanto, nada disso é dito às mulheres que vão abortar, sobre os muitos efeitos prejudiciais psicológicos e físicos do aborto.

Muitos dos que defendem o aborto argumentam que o aborto deveria ser uma escolha para a mulher, quando na verdade, a grande maioria das mulheres que abortam o faz por não ter escolha, por não receberem o apoio e o auxílio necessário para manter a gravidez. Muitas delas são levadas ao aborto por falta do apoio da família, pela pressão da sociedade ou imposição do seu companheiro.

Estudos de mulheres que fizeram aborto, (veja, por exemplo, o livro do Dr. David Reardon, *Aborted Women, Silent No More*)^{iv}, mostram que o aborto não é uma questão de dar a mulher uma “escolha”. É, tragicamente, uma situação em que as mulheres sentiram que não tinham NENHUMA ESCOLHA, sentiram que ninguém se importava com elas e com seu bebê, dando-lhes alternativa alguma a não ser o aborto. A mulher se sente rejeitada, confusa, com medo, sozinha, incapaz de lidar com a gravidez - e, no meio disto tudo, a sociedade lhe diz, “Nós eliminaremos o seu problema eliminando o seu bebê. Faça um aborto. É seguro, fácil, e uma solução legal”. E é exatamente nesses países em que o aborto foi legalizado onde existem os maiores índices de ocorrências graves de problemas físicos e Síndrome Pós-Aborto.

Por mais que a sociedade utilitarista e superficial tente esconder ou mascarar o seu crime, banalizando a vida e “coisificando” o ser humano através do aborto legalizado, ela só faz aumentar a dor da perda e a culpa, que ressurgem mais intensas e problemáticas em formas de patologias mentais graves e complexas. Enquanto brincarmos com a vida e favorecermos a violência, mais seremos vitimados pela própria violência.

Através desta reflexão estamos condenando os abortos e não os que abortaram. Ela é um alerta para que evitemos sofrimentos futuros causados por escolhas equivocadas.

A legalização do aborto ou sua descriminalização representa uma grande ameaça para a paz individual e mundial com profundo reflexo no equilíbrio da sociedade em que vivemos.

O valor de uma sociedade se mostra pela sua capacidade de amparar os mais fracos!

O aborto é um desrespeito à vida, uma das maiores violências contra o ser humano.

REFERÊNCIAS

Willke & Willkke, *Handbook on Abortion* 1971,1975,1979 Editions, Ch 3, Cincinnati: Hayes Publishing Co.

Cf Report, Subcommittee on Separation of Powers to Senate Judiciary Committee S-158, 97th Congress, 1st Sessio 1981, p.7.

Cfr. Landrum B. Shettles, MD, and David Rorvik, “Human Life Begins ai Conception”, em “Rites of Life”, Grand Rapids (MI), Zondervan, 1983, Cfr Pastuszek, “Is Fetus Human?” p.5. “The Post-Abortion Review”, Vol. 8, No. 3, Jul.-Set. 2000 Elliot Institute, PO Box 7348, Springfield, IL 62791-7348

KOCH, A. e colaboradores. “Women's Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths: A Natural Experiment in Chile from 1957 to 2007” *Revista Digital PLOS ONE Artigo* acessado em <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0036613>

WASHINGTON DC, (ACI). Estudo revela que aborto é principal causador do câncer de mama. <http://www.acidigital.com/noticia.php?id=11487>. Para ver o estudo, em inglês, acesse: <http://www.jpands.org/vol12no3/carroll.pdf>

Brind, Joel. Early Reproductive Events and Breast Cancer: A Minority Report. Avessado em http://www.bcpinstitute.org/nci_minority_rpt.htm

Kahlenborn, Chris. Breast Cancer: Its Link to Abortion and Birth Control Pill. OMS: Dayton, EUA, 2000

WASHINGTON DC, (ACI). Estudo revela que aborto é principal causador do câncer de mama. <http://www.acidigital.com/noticia.php?id=11487>. Para ver o estudo, em inglês, acesse: <http://www.jpands.org/vol12no3/carroll.pdf>

Moura, Emanuelle Carvalho. Aspectos Psicológicos decorrentes do aborto. http://providafamilia.org/site/arquivos/2008/325_aspectos_psicologicos_decorrentes_do_aborto_em_gravidez.pdf

SPRINGFIELD, 25 Jan. 06 (ACI).- Mulheres que abortaram consomem álcool e drogas para superar trauma. http://www.defesadavida.com.br/noticias_100206.htm

Moura, Emanuelle Carvalho. Aspectos Psicológicos decorrentes do aborto. http://providafamilia.org/site/arquivos/2008/325_aspectos_psicologicos_decorrentes_do_aborto_em_gravidez.pdf

ANSA. Psiquiatras Afirmam que o Aborto Causa Risco à Saúde Mental da Mulher. <http://www.ansa.it/ansalatinabr/notizie/rubriche/entrevistas/20080316165334616131.html>

Encontrado em <http://www.zenit.org/article-16303?l=portuguese>

Associação Portuguesa de Maternidade e Vida. ESPANHA: Mulher que abortou o seu segundo filho vira líder pró-vida. <http://www.maternidadevida.org/noticias.php?id=328>

AVA (Asociación de Víctimas del Aborto). Lucía L., española: “Yo aborté con 26 semanas de embarazo en el centro de abortos El Bosque en Madrid” Disponível em: http://www.noticias.info/archivo/2006/200611/20061101/20061101_236581.shtm

Reardon, D. Aborted Women: Silent No More, Chicago, Loyola University Press, 1987

O ABORTO COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Dr. Décio Iandoli Jr.

Médico cirurgião, doutorado em medicina no ano de 1999, pela Universidade Federal Paulista – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM)

Em dezembro de 2005, foi publicado na *BMC Medicine*, uma revista indexada nos melhores bancos de dados do planeta¹ e com um importante fator de impacto², um trabalho realizado pelos Departamentos de Ciências Comportamentais e Ciências Básicas em Medicina da Universidade de Oslo, Noruega, associados ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Buskerud em Drammen, também naquele país. O título do trabalho pode ser traduzido assim: “O curso da saúde mental após o aborto espontâneo e o aborto induzido: um estudo longitudinal de cinco anos”.[\(Broen, Moum et al., 2005\)](#)

Antes de prosseguirmos analisando este importante estudo, é válido informar que o aborto até 12 semanas de gestação é permitido na Noruega desde 1978, um país com cerca de 4,6 milhões de habitantes e com o segundo maior índice de desenvolvimento humano (IDH) do planeta; não têm analfabetos e apresenta uma expectativa de vida para as norueguesas de 82 anos, uma das maiores do mundo.

A Noruega tem uma Igreja Estatal Protestante oficial, baseada na religião luterana evangélica. Apesar de não existir separação entre a Igreja e o Estado, todos os habitantes têm o direito de praticar a sua religião livremente de acordo com uma emenda à constituição datada de 1964. Nove em cada dez cidadãos de etnia norueguesa são membros da Igreja Estatal da Noruega, porém, apesar de a maioria dos indivíduos declararem que a religião é importante para eles, este fato não é, geralmente, expresso através de uma participação religiosa ativa em comunidades organizadas. Enquanto 88% da população pertencem à Igreja da Noruega, apenas 10% freqüenta os serviços religiosos ou outras reuniões relacionadas com o Cristianismo mais do que uma vez por mês, portanto, podemos constatar que não há pressão social ou religiosa que condene as mulheres que praticam o aborto, realizado livremente como mostram os dados: Registram-se cerca de 15.000 abortos provocados contra 9.000 abortos espontâneos por ano na Noruega.

Os autores, baseados no fato já bem estudado de que o aborto é um evento que provoca agravos à saúde mental das mulheres, como ansiedade, depressão e síndrome pós-traumática, preocuparam-se em estudar se havia diferença nos índices de saúde mental entre dois grupos de mulheres: aquelas que praticaram o aborto provocado e aquelas que sofreram um aborto espontâneo.

¹ PubMed, MEDLINE, BIOSIS, CAS, Scopus, EMBASE, Thomson Scientific (ISI) e Google Scholar

² O Fator de impacto mede o grau de importância da revista científica e é considerado bom quando for maior ou igual a 1; a BMC Medicine tem um FI de 1,76.

Foram contatadas 268 mulheres e excluídas aquelas que não concordaram em participar do estudo, deficientes mentais ou pacientes psiquiátricas e uma vítima de estupro, resultando em uma amostra de 40 mulheres que experimentaram o aborto espontâneo e 80 que, voluntariamente, o induziram.

Todas as mulheres foram avaliadas dez dias, seis meses, dois anos e cinco anos após o aborto, segundo escalas que mediram o impacto do evento traumático (no caso o aborto), qualidade de vida, ansiedade, depressão e um questionário sobre seus sentimentos a respeito da gravidez interrompida.

Resultados

Os pesquisadores puderam comprovar que, mulheres que tiveram um aborto espontâneo, apresentaram um maior escore de ansiedade e de impacto traumático nas avaliações realizadas com dez dias e seis meses, acusando sentimentos de perda, pesar e negação, entretanto, este grupo demonstrou uma importante melhora nas avaliações tardias, ou seja, dois e cinco anos, atingindo índices de depressão, qualidade de vida e ansiedade semelhantes aos encontrados na população geral. Trata-se, portanto, de uma resposta saudável a um evento traumático que não deixou seqüelas.

Nas mulheres que praticaram o aborto provocado, os escores de saúde mental medidos foram significativamente maiores, acusando sentimentos de negação, culpa e vergonha, principalmente nas avaliações feitas em longo prazo, ou seja, dois e cinco anos, permanecendo com indicadores de saúde mental significativamente piores que a população geral. Caracterizou-se uma resposta a um evento traumático mal resolvido, gerando seqüela e provocando um distúrbio emocional duradouro.

A conclusão do trabalho é que o aborto provocado gera importante prejuízo à saúde mental das mulheres que o praticam, provocando depressão, ansiedade e sentimentos de culpa que deterioram a qualidade de vida.

Quero lembrar que a amostra em questão, ou seja, as mulheres norueguesas, não são submetidas a fatores sociais e/ou culturais que rejeitem a prática do aborto, e mesmo assim, ficam com uma clara e preocupante sensação de culpa que traz conseqüências para toda a vida da paciente. Trata-se, portanto, de um problema de saúde pública.

Gerson S. Monteiro, oportunamente, chamou-nos a atenção para a manipulação e a fraude nas estatísticas de abortos clandestinos no Brasil ([Monteiro](#)), números estes utilizados como argumento para a legalização do aborto, entretanto, a pergunta que se faz é a seguinte: independente do número de procedimentos clandestinos realizados, a descriminalização do aborto trará melhora à saúde da mulher?

Em Cuba, o aborto foi legalizado em 1965 e o país é considerado por muitos como um dos mais avançados da região em matéria de planejamento familiar, entretanto, os resultados da liberação do aborto já estão sendo percebidos naquele país.

O recurso indiscriminado do aborto preocupa os médicos, demógrafos e políticos de Cuba. Em 2006, por exemplo, 67.903 mulheres na faixa dos 12 aos 49 anos se submeteram a pelo menos um aborto, ou seja, de cada 100 mulheres grávidas, 37 abortaram, mostrando que o procedimento é utilizado como método contraceptivo. A Sociedade Cubana de Desenvolvimento da Família informa que os abortos aumentam durante a adolescência, desencadeando problemas maiores, já que, segundo dados oficiais, 70 por cento das mulheres que passam por consultas sobre fertilidade para engravidar abortaram uma ou duas vezes durante a adolescência; desde a década de 1970, a taxa média de fecundidade é inferior ao nível estimado para a renovação da população cubana, trazendo uma implicação demográfica importante que já foi detectada também no Japão após a liberação do aborto.

Além destes problemas, o abortamento traz riscos como infecções, hemorragias e até a morte.

Não quero entrar, em nenhum momento, na discussão do aspecto moral envolvido na questão, tento ater-me exclusivamente aos aspectos médicos, e seguindo esta linha de pensamento, permito-me alguns questionamentos:

Um procedimento realizado de forma clandestina por ser proibido, deixa de ser um problema quando é legalizado?

Lembre-mos das drogas; muitos defendem a descriminalização do seu consumo para combater o crime do tráfico, seria essa uma saída? Os criminosos deixarão de ser criminosos pela ausência da condenação social?

Na Holanda, toda uma geração foi perdida devido à descriminalização das drogas, permitir seu uso não combate seus efeitos. Não seria o mesmo caso com o aborto?

Será que a legalização impedirá as meninas mais pobres e despreparadas que engravidam por ignorância, de procurar os “curiosos” que prometem a resolução clandestina do problema, ou vão procurar um hospital público, fazer uma ficha identificando-se e entrar para o sistema de saúde oficial expondo-se para fazer o procedimento com segurança? Será que os hospitais não vão exigir a presença de um maior responsável?

Se há uma preocupação legítima com a gestação em adolescentes; se estamos tentando evitar procedimentos médicos clandestinos; se temos a intenção de promover a saúde e o bem estar das mulheres, o caminho mais óbvio é a educação.

Não ficaria mais barato promover a orientação sexual nas escolas, agindo diretamente no grupo que sofre maior risco de gravidez acidental?

Não seria uma boa idéia munir os postos de atendimento básico de saúde com anticoncepcionais e preservativos que, além de prevenir a gravidez, ainda farão baixar a incidência de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a tão temida AIDS, ao invés de montar equipes e de gastar material utilizando os hospitais públicos com procedimentos que poderiam ser evitados e que vão tomar o lugar de cirurgias realmente necessárias?

Tudo o que aprendemos em saúde pública e epidemiologia é que a melhor medida é sempre a prevenção, e que não teremos bons resultados se tentarmos resolver um problema criando outro.

Será inteligente tentarmos suprimir um efeito, no caso a gestação indesejada, sem atacar a causa?

Diante daquilo que já sabíamos da prática clínica, agora comprovada pelo estudo norueguês e pela experiência cubana, o aborto não é a solução para o problema, mas a geração de outros problemas, bastante graves, e que vão afetar a vida da mulher, agravando ainda mais o terrível quadro de abandono que já vivem no Brasil.

O aborto é sim uma questão de saúde pública, por isso mesmo devemos evitá-lo.

Referências:

BROEN, A. N. et al. The Course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. BMC. 3 2005.

MONTEIRO, G. S. Manipulação e Fraude. Universo Espírita.

ABORTO COMO POLÍTICA DE CONTROLE POPULACIONAL

Jorge Cecílio Daher Júnior

Médico Endocrinologista

1. A quem interessa o aborto?, eis uma questão que a princípio parece simplista. Somente à mulher interessa o aborto, pois refere-se à autonomia do ser humano de decidir por si só o que é melhor para si mesmo, eis uma resposta que parece ser contundente e de acordo com as palavras do presidente do Conselho Federal de Medicina, conforme nota publicada em seu portal médico (Medicina, 2013)

Se a pergunta é simplista, esse tipo de resposta é mentirosa. Sob o rótulo de autonomia da mulher, que implica uma dimensão individualizada do problema, esconde-se uma política global, com interesses populacionais, nascida na década de 50, sob o nome Demografia (Foundation, 1991) e adotada como política de governo em 1974 sob o rótulo Relatório Kissinger (200, 1974). Esse documento estabelece diretrizes para o controle populacional, principalmente em 13 países-chave para o fornecimento de alimentos e energia, incluindo o Brasil. O objetivo para tal medida seria assegurar a oferta perene de alimentos aos países ditos desenvolvidos. Recomenda para efetivar a realização do controle, o envolvimento ativo em organizações de direitos das mulheres, tendo como órgãos financiadores entidades internacionais, como a Organização das Nações Unidas, através da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A Organização Mundial da Saúde tem em seu website farta documentação sobre procedimentos para aborto seguro, ressaltando o tópico autonomia da mulher, todavia deixando implícito o objetivo de controle populacional. A OMS publicou em 2012 pesquisa realizada entre estudantes de Medicina de 3 faculdades de São Paulo que demonstrava desconhecimento sobre protocolo de Misoprostol como técnica abortiva entre estudantes (Fernandes, Camargo *et al.*, 2012).

Mesmo sendo a prática do aborto proibida em nosso país, o Ministério da Saúde publicou norma técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento.(Saúde, 2010), onde dispõe protocolo da OMS para abortamento seguro (World Health Organization, 2012). A justificativa de nosso ministério para a norma técnica é a proteção da mulher.

Segundo informam os defensores do aborto em nosso país, o número de mortes de mulheres decorrentes do aborto somam-se a milhares. Esses dados não conferem com os oferecidos pelo DATASUS, que em 2010 reportou 1157 mortes de mulheres em idade fértil, sendo 800 mortes a soma das regiões Nordeste e Sudeste, com prevalência maior entre as mulheres com menor escolaridade. De todas as mortes de mulheres em idade fértil, 32 foram devido a aborto espontâneo ou não especificado, legal ou ilegal. (Pesquisa realizada no DATA SUS _ <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>).

O número de mortes maternas decorrentes de abortamento ilegal tende a ser superestimado, conforme indica recente publicação de Koch e colaboradores (Koch, Aracena *et al.*, 2012)

Se o número de mortes maternas decorrente de aborto em todo o ano de 2010 não situa essa morbidade em índices alarmantes, outros estudos mostram que a redução da mortalidade materna tem relação direta com o nível de escolaridade (Koch, Thorp *et al.*, 2012) da mulher.

2. O crescimento populacional desde a segunda guerra, com crescimento sem controle entre as nações em desenvolvimento, dobrou a população planetária ao longo de 50 anos. Ante a explosão demográfica aparentemente incontrolável, a Ford Foundation criou fundo especial para o desenvolvimento da Demografia, com foco principal na saúde reprodutiva.

Entre as justificativas do investimento da Ford Foundation, lista-se a evidência que as populações dos países cresciam menos que a dos países em desenvolvimento ou pobres, relacionando-se esse fato mais com nível de educação (anos de escolaridade) e menos com medidas restritivas à gestação. Todavia, desde a década de 50 a fundação investe centena de milhões de dólares em saúde reprodutiva, que significa controle de natalidade pelo uso de anticoncepcionais, práticas de aborto, desenvolvimento de programas para propagar a autonomia das mulheres. Tudo isso com o objetivo de reduzir o crescimento populacional, conforme se lê em seu programa de saúde reprodutiva.(Foundation, 1991).

As ações da Ford Foundation não são limitadas aos estudos demográficos, mas estendem-se além, participa ativamente da **formação ideológica** de líderes sociais, religiosos, culturais e políticos dos países em desenvolvimento, alvos das políticas de redução da natalidade, objetivo maior da instituição americana. No relatório da Ford Foundation, na página 33, o texto em inglês afirma: “*Foundation funds also supported the participation of people from developing countries in a symposium at the University of Iowa on medical, ethical and legal issues related to the beginning of human life.*” (Os recursos da Fundação também deram apoio financeiro para a participação de pessoas dos países em desenvolvimento em um simpósio sobre tópicos médicos, éticos e legais relacionados sobre quando começa a vida humana, na Universidade de Iowa)(Foundation, 1991).

O já citado relatório Kissinger(200, 1974), embora tenha sido desclassificado em 1980 pela Casa Branca, é um documento do governo americano sobre estratégia de controle populacional e é explícito em dizer, na página 114: *Certain facts about abortion need to be appreciated:*” -- *No country has reduced its population growth without resorting to abortion.*” (Certos fatos sobre aborto necessitam ser considerados: Nenhum país reduziu suas taxas de crescimento populacional sem legalizar o aborto.)

Controle populacional é pauta permanente da Organização das Nações Unidas (ONU). Em 1967 a ONU criou o *United Nations Population Funds* (UNFPA), que tem como objetivo o financiamento de projetos demográficos focados no controle da população. A Organização Mundial da Saúde, OMS, departamento das Nações Unidas que cuida de ações globais em saúde populacional, financia projetos de controle da natalidade e tem publicações sobre abortamento seguro. Pesquisa no endereço eletrônico da OMS (<http://www.who.int>) a variável de pesquisa “abortion” gera 29.000 resultados, sendo os mais relevantes as diretrizes clínicas para

abortamento seguro e a edição especial de sua revista científica que tem como tema “*Expanding access to medical abortion in developing countries*” ou Expandindo acessos para o aborto médico nos países em desenvolvimento. Na opção Regulação da Fertilidade, as técnicas para o aborto induzido é o primeiro capítulo da pauta apresentada.

3. A autonomia da mulher se tornou questão ética fundamental, mas nasceu imposta como estratégia para garantir o controle populacional. Assumida como condição libertária, alcançou na bandeira feminista o extremismo ao considerar a mulher como única responsável pela natalidade e por ter o embrião como extensão de seu próprio corpo, desconsiderando a plena independência do embrião como pessoa.

A defesa do aborto como defesa da autonomia da mulher é uma linguagem que foi ensinada pelos organismos internacionais de controle populacional e rapidamente aprendida por entidades feministas. O que se perdeu foi a questão fundamental de respeito incondicional ao ser humano pela omissão apriorística da presença do embrião enquanto ser vivo, ao tê-lo tornado elemento contíguo ao corpo da mulher, cabendo a ela decidir o seu destino.

As políticas de controle populacional em países em desenvolvimento têm alcançado seus objetivos. Após termos chegado ao auge da juventude populacional em 2010, as curvas de distribuição da população conforme faixas etárias já apontam para o envelhecimento progressivo, às custas de menores índices de natalidade. A descriminalização do aborto em nosso país é parte da estratégia de controle populacional e também discurso ideológico sob o rótulo de autonomia da mulher, adotado por partidos políticos e movimentos feministas radicais.

4. O mais belo ato médico é o contato único do médico com seu paciente. A ligação do médico com seu paciente estabelece uma cumplicidade que deve culminar em um ato em favor da vida, onde a recuperação da saúde pode ou não ocorrer, mas onde o respeito e o louvor à vida deve sempre prevalecer acima de qualquer interesse, quer do médico, quer do paciente.

A tradição da Medicina brasileira é de defesa à vida, ecoa o desejo de 85% de nossa população que é contrária ao aborto. A deliberação pela descriminalização do aborto não expressa a vontade dos médicos, é incoerente com a tradição médica de nosso país, atende a interesses estranhos ao real interesse do médico, que é louvar a vida em todas as circunstâncias.

Bibliografia:

200, N. S. S. M. N. **Implications of Worldwide Population Growth For U.S. Security and Overseas Interests.** COUNCIL, N. S. Washington, DC: 123 p. 1974.

FERNANDES, K. G. et al. Knowledge of medical abortion among Brazilian medical students. **International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics**, v. 118, p. S10-S14, 2012. ISSN 0020-7292. Disponível em: <
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S002072921200238X?showall=true>>.

FOUNDATION, F. **Reproductive Health: A Strategy for the 1990s: a program paper of Ford Foundation**. New York: Ford Foundation 1991.

KARDEC, A. **O Livro dos Espíritos**. Brasília: Federação Espírita Brasileira, 2007. 647 ISBN 978-85-7328-390-7.

KOCH, E. et al. Fundamental discrepancies in abortion estimates and abortion-related mortality: A reevaluation of recent studies in Mexico with special reference to the International Classification of Diseases. **Int J Womens Health**, v. 4, p. 613-23, 2012. ISSN 1179-1411 (Electronic)

1179-1411 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23271925> >.

KOCH, E. et al. Women's Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths: A Natural Experiment in Chile from 1957 to 2007. **PLoS ONE**, v. 7, n. 5, p. e36613, 2012. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0036613> >.

MEDICINA, C. F. D. CFM Esclarece posicao em favor da autonomia da mulher em caso de interrupcao da gestacao. http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23663:cfm-esclarece-posicao-a-favor-da-autonomia-da-mulher-no-caso-de-interruptao-da-gestacao&catid=3, 2013. Disponível em: < http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23663:cfm-esclarece-posicao-a-favor-da-autonomia-da-mulher-no-caso-de-interruptao-da-gestacao&catid=3 >. Acesso em: 21/03/2013.

SAÚDE, M. D. **Atenção Humanizada ao Abortamento**. ESTRATÉGICAS, D. D. A. P. Brasília: Editora MS. caderno 4: 60 p. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, D. O. R. H. A. R. **Safe Abortion: technical and policy guidance for health systems**. WHO, 2012. 132 ISBN 978 92 4 154843 4.

ABORTO E BIOÉTICA

José Roberto Pereira Santos

- Médico com especialização em Medicina Interna, Reumatologia e Medicina Intensiva.
 - Membro da Comissão de Bioética da AME-Brasil.
- Presidente da Sociedade de Reumatologia do Estado do Espírito Santo 2007/2008 ; 2011/2012; 2013/2014.
- Ex. 2º secretário, 1º secretário e Vice-Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo 1993/1998.
- Coordenador Médico da UTI Adulto do Centro Médico Hospitalar de Vila Velha - Vila Velha – ES.

Bioética: ética da vida. É o estudo sistemático da conduta humana nas áreas das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais.(Potter, 1971) Também pode ser definida como um estudo teórico-prático, interdisciplinar, cujo objetivo é responder aos desafios morais que a aplicação da tecnologia traz ao desenvolvimento da vida, à saúde e ao meio ambiente. (Ramos, 2009)

Três áreas contribuíram para a formação da bioética: a experimentação com seres humanos, o emprego da alta tecnologia na prática médica e o uso social da Medicina. Apesar da reflexão bioética não ser matéria nova, a sua realização como disciplina inicia-se na década de 1970, quando os dilemas éticos surgidos pelo desenvolvimento técnico-científico passaram a ser mais discutidos no âmbito da sociedade com a possibilidade de melhorar ou piorar a vida da humanidade. Experiência em seres humanos, engenharia genética, doação de órgãos e transplantes, reprodução assistida, clonagem, congelamento de embriões, uso de células tronco em pesquisa, dentre outras questões, passaram a ser estudadas e debatidas de uma maneira multidisciplinar, envolvendo várias áreas do saber: medicina, biologia, psicologia, direito, sociologia, religião, política, etc. Diante dos novos dilemas as propostas éticas tornaram-se diversificadas e esse pluralismo levou a criação de vários modelos bioéticos que definiram as normas morais que mais se coadunam com os princípios esposados pelos diversos grupos. Abaixo relacionamos alguns dos principais modelos bioéticos do mundo ocidental:

- Modelo sociobiológico: Neste a teoria evolucionista de Darwin acaba se harmonizando com o sociologismo de Max Weber e com o sociobiologismo de H.J. Heinsenk e E.O. Wilson.(Sgreccia, 2002) Os adeptos desse modelo entendem que os princípios e valores éticos devem acompanhar os costumes de um grupo social em uma determinada época. Para eles, a cultura e a história são prioritárias na formação dos valores. Defendem a tolerância da pluralidade dos costumes e comportamentos. Se aceita pela sociedade a prática do aborto ou a eutanásia passam a ter legitimidade. O valor da vida humana passa ser temporal e dependente dos costumes sociais e do comportamento da coletividade.

- Modelo subjetivista ou liberal-radical: As normas e valores nascem do próprio sujeito. Ele, o Homem, é que decide pelo o que é o certo ou errado, o bem ou o mal, o verdadeiro ou falso em relação às questões morais. Nesse modelo prevalece o princípio da autonomia do sujeito enfatizando a liberdade radical. A decisão é um ato individual e deve ser respeitada. O indivíduo pode decidir entre o viver moralmente e até escolher a morte, se assim o desejar. O sujeito que não tem autonomia própria (embrião, feto, pessoas com deficiência mental, dementes, pacientes em coma) fica prejudicado, pois, para ele não tem uma norma social que o proteja. Aborto, eutanásia, suicídio assistido são práticas aceitas.

- Modelo pragmático-utilitarista: Esse modelo prevalece nos países anglo-saxões. A decisão sobre valores usa o critério da utilidade social do indivíduo. Isso está firmado em uma noção que a vida deve ser direcionada para: maximizar o prazer, minimizar a dor expandir os limites das liberdades pessoais. Nesse sentido, pessoa é o ser que tem capacidade de sentir e viver o prazer. Sobrepe-se o conceito de qualidade de vida em detrimento da dignidade da vida. Os indivíduos não sencientes (que não sentem) não são considerados como pessoas, ou não tem qualidade de vida. A qualidade de vida passa a ser definida na visão do outro (o médico, por exemplo). Embrião até desenvolver o sistema nervoso, pessoas com deficiência (física ou mental), fetos mal formados, pacientes em coma vegetativo, são considerados seres sem qualidade de vida e cujo sofrimento não se justifica. Nesse modelo também são considerados os gastos econômicos para manter um indivíduo sem perspectiva de uma vida útil. Exemplo de defensor desse modelo é o filósofo Peter Singer, que apesar de defender a vida dos animais, considera justificável o aborto e a eutanásia em determinadas situações. Para ele, bebês em gestação e pacientes em coma não tem qualidade de vida mensurável.(Singer, 2006)

- Modelo Personalista: Proposto por Elio Sgreccia, cardeal italiano e Presidente Emérito da Pontifícia Academia para a Vida. Tem por base a pessoa humana. A pessoa é uma unidade, um todo (unitotalidade), constituída de corpo e espírito. O valor da pessoa independe da normalidade física, pois a dignidade humana não deixa de existir porque a vida física não se manifesta de forma plena. O conceito de pessoa subentende todo ser humano vivo, do zigoto ao velho, mesmo que não tenha possibilidade de exercer toda a sua potencialidade (feto mal-formado), ou que venha a perdê-la (pacientes dementes ou em coma). Os defensores desse modelo não somente respeitam a vida em qualquer circunstância, mas a sua defesa incondicional e sua promoção.

Como a bioética é voltada para o respeito à vida humana, é necessário estabelecer conceitos sobre o que é vida, seu início e o que é pessoa humana. A aplicação dos vários modelos bioéticos pode levar à perda da dignidade e transcendência da pessoa humana, transformando-a em simples objeto.

Há dois tipos principais de conceito de pessoa humana: o ontológico e o existencial. Sob a ótica do primeiro, pessoa é todo ser vivo que tenha “natureza humana”, ou que seja pertencente à espécie humana. Nesse modelo os direitos da pessoa são incondicionais e universais, pois não

dependem de nenhuma condição prévia e vale em qualquer lugar onde se encontre. Um feto com malformação ou uma criança com deficiência mental é uma pessoa humana na visão ontológica. O segundo está associado ao conceito de “existência humana”, pois mesmo pertencente à espécie humana só é pessoa quem tiver “existência humana”, ou seja, se viver como se espera que uma pessoa humana viva. Nesse caso a visão de pessoa fica dependendo das circunstâncias, pois se perde a universalidade e incondicionalidade. Essa é a visão dos utilitaristas que abre o caminho para definir o que é pessoa do modo como mais lhes agrada.

A pessoa é única. Todas as pessoas são diferentes (mesmo os gêmeos univitelinos), pois a pessoa humana é composta de diversas dimensões: dimensão biológica (ligada ao seu corpo físico), dimensão psicológica, dimensão social e dimensão espiritual. Essas dimensões juntas tornam a pessoa um ser com uma totalidade e uma dignidade.

Quando começa a vida?

Outro conceito importante para construirmos a nossa reflexão ética é o de vida humana. Para a Bioética, é fundamental o respeito à vida humana. Mas o que designamos vida humana? Segundo os principais livros de Embriologia, a vida humana inicia-se no exato momento da fecundação, quando o gameta masculino e o gameta feminino se unem para formar um novo ser, com um código genético diferente dos seus pais. Nesse momento, origina-se uma nova vida, com patrimônio genético próprio, e, a partir desse momento, essa vida deverá ser respeitada. Este é o primeiro estágio de desenvolvimento de cada um de nós. A experiência mostra que o desenvolvimento humano na sua ontogênese (série de transformações sofridas por um ser desde a sua geração até o completo desenvolvimento) ocorre da mesma maneira, ou seja, a partir da união dos gametas do pai e da mãe.

“No momento em que o espermatozoide ultrapassa a membrana do óvulo inicia-se um processo de desenvolvimento de fatos sucessivos que só terminarão com a morte do novo indivíduo formado. Essa é a definição biológica de um ser vivo: ele se inicia em determinado momento, prossegue continuamente por diferentes etapas próprias de sua história individual, até sua morte. Se não há um início, não haverá um ser vivo”
(Cerqueira, 2009)

Além disso, a vida é um processo contínuo, progressivo e coordenado. Contínuo porque se houver interrupção não haverá mais vida e sim a morte. Progressivo porque o processo de desenvolvimento leva a uma complexidade cada vez maior da vida em formação. Coordenado porque o próprio embrião é responsável pelo gerenciamento das etapas de seu desenvolvimento. Seu patrimônio genético coordena as atividades moleculares e celulares, o que confere a cada indivíduo uma identidade genética própria.

Com o surgimento da Fecundação *in vitro* no final da década de 1960, o homem passou a manipular o embrião dando início a era da interferência humana nos destinos do embrião: escolha do sexo, congelamento e descarte de embriões, clonagem, uso de células tronco etc., tornaram-se possibilidades reais. Numa visão utilitarista alguns cientistas, para justificar essas ações, criaram o conceito de pré-embrião, denominação que passou a ser utilizada para o embrião até os 14 dias de vida. Tal alteração teve o único objetivo de libertar a ciência das normas éticas e jurídicas, para permitir o uso do embrião como objeto de pesquisa, coisificando-o. Não satisfeitos, essa mesma corrente de cientistas passou a comparar o embrião com o indivíduo em morte encefálica, explanando que o embrião não tendo um sistema nervoso formado é um ser inconsciente e isso justifica o seu descarte, alterando mais uma vez o critério do início da vida. A vida passa a ser temporal, ao critério do “saber” da ciência materialista que a cada dia dá uma nova interpretação ao seu início.

A tecnologia na área médica também contribuiu para devassar o ambiente do útero materno. Com o desenvolvimento gradual dos aparelhos de ultrassonografia cada vez mais se observa, com progressiva nitidez, a evolução tridimensional do feto e até mesmos as suas reações ao meio que o cerca. Esses aparelhos que proporcionam intervenções benéficas na evolução da gravidez passam a ser usados numa perspectiva utilitarista de abortar uma gestação problemática, nos casos em que são detectadas malformações fetais. Procura-se então o caminho “mais fácil e menos doloroso” para os pais que não desejam uma gravidez de sofrimento, conforme o modelo social em que estão inseridos e acreditam.

“ Os aparelhos de ultrassom nos permitem “ver” a criança dentro do útero em três dimensões. Podemos identificar seus defeitos estruturais confirmando precocemente a existência de malformações fetais. A biópsia das células da cavidade amniótica dentro do útero nos dão um registro de identidade da criança bem antes dela nascer. Ficam assim, os pais e o médico com a possibilidade de decidir sobre o ônus de continuar ou não a gestação de uma criança que se apresentará com paralisias ou retardo pela vida toda. Precisamos saber, porém, se interromper esta vida não significa perturbar o desenrolar de uma outra vida que transcende as expressões da matéria, para a qual, a deformação física faz parte das suas necessidades. Não há como fazermos esta pergunta para esta criança antes que ela venha ao mundo, mas sabemos que as que estão entre nós, mesmo ferindo suas pernas quando tentam caminhar, contorcendo suas mãos quando tentam escrever ou mastigando as palavras quando tentam falar, estas, mesmo assim, querem viver. E, se possível, de mãos dadas com as suas mães.” (Facure)

Três posturas se sobressaem nas bases bioéticas adotadas no mundo ocidental, inclusive no Brasil: o individualismo, o hedonismo (doutrina moral que considera ser o prazer a finalidade da vida) e o utilitarismo (doutrina que vê no útil o valor supremo da vida). Mesmo que não represente o pensamento da maioria da população desses países, essas correntes ganham força na mídia, na ciência e na política.

Os governos dos países ocidentais com maior poder econômico utilizam de forte pressão nas concepções das políticas sociais dos países menos desenvolvidos, a fim de que eles liberalizem suas legislações sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez. Há também uma pressão política para modificar a legislação desses países para que o aborto seja adotado.

Os EUA e países europeus tentam impor, com isto, sua convicção de que o aborto é um direito do homem, um direito internacional, recomendando, com persistência, que a ausência do acesso ao aborto é uma violação do direito internacional, dos direitos do homem. Países que permanecem contrários ao aborto são divulgados como atrasados e antidemocráticos. Passa-se a noção de que o aborto é uma das soluções para acabar com a miséria no mundo, mas escondem a verdadeira intenção que é o medo que as grandes potências têm do crescimento demográfico de alguns países (NSSM - National Security Study Memorandum 200).(200, 1974)

É o caso do Brasil, onde o governo atual tenta colocar em prática o projeto de liberação do aborto, tornando efetivo o seu programa de governo que descriminaliza o aborto (Trabalhadores), mesmo que a grande maioria da população seja contrária.

O brasileiro é contra o aborto. Não se trata apenas de uma opinião, mas de um fato medido em sucessivas pesquisas de opinião públicas (Paulo, 2010) (Moura, 2010).

“No entanto, há pressões internacionais para liberação do aborto no mundo sob o argumento de ser “um direito natural”; porém, o objetivo é chegar ao homem novo livre de crenças consideradas ultrapassadas. A globalização, em uma aparente impessoalidade, exige a submissão aos propósitos internacionais daqueles que detêm o poder econômico e, para isso, é necessário submeter ao Estado, a família, a procriação e a educação. Passa-se a usar a ideologia do gênero, a ideologia da segurança demográfica, a aparente busca por uma justiça social, negando-se que a lei moral é transgredida. O mal é chamado de bem. (Cerqueira, 2009)

Temos que rever nossas posições éticas e lutar pela preservação da vida, que é um bem maior. Não podemos conceber uma Medicina que mata.

A vida humana não pode ser relativizada. O conceito de pessoa humana não deve ser consequência de determinismo econômico ou político, nem das relações culturais de determinado momento histórico. Vida e pessoa humana são intemporais. No momento da concepção, um novo ser humano está formado, com direito natural à existência.

REFERÊNCIAS:

200, N. S. S. M. N. **Implications of Worldwide Population Growth For U.S. Security and Overseas Interests.** COUNCIL, N. S. Washington, DC: 123 p. 1974.

CERQUEIRA, E. K. **Bioética pessoa e vida.** Difusão Editora, 2009.

FACURE, N. O. **A Bioética e o Paradigma Espírita.**
<http://www.espirito.org.br/portal/artigos/geeu/a-bioetica.html>.

KARDEC, A. **O Livro dos Espíritos.** Brasília: Federação Espírita Brasileira, 2007. 647 ISBN 978-85-7328-390-7.

_____. **A Gênese.** Araraquara-SP: IDE editora, 2010. ISBN 978-85-7341-388-5.

MEDICINA, C. F. D. CFM Esclarece posicao em favor da autonomia da mulher em caso de interrupcao da gestacao.

http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23663:cfm-esclarece-posicao-a-favor-da-autonomia-da-mulher-no-caso-de-interruptao-da-gestacao&catid=3, 2013. Disponível em: <
http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23663:cfm-esclarece-posicao-a-favor-da-autonomia-da-mulher-no-caso-de-interruptao-da-gestacao&catid=3>. Acesso em: 21/03/2013.

MIRANDA, P. M. P. D. **Projeto Manoel Philomeno de Miranda**. LEAL Editora, 1995.

MOURA, W. 73,5% da população contra legalizar o aborto. 2010. Disponível em: <
<http://diasimdiatambem.com/2010/02/01/735-da-populacao-contralegalizar-aborto/>>. Acesso em: 26/04/2013.

NOBRE, M. A **Alma da Matéria**. FE Editora, 2003.

PAULO, F. D. S. Aumenta a rejeição ao aborto no Brasil. 2010. Disponível em: <
<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/poder/po1110201003.htm>>.

POTTER, V. R. **Bioethics: bridge to the future**. . Prentice-Hall, 1971.

RAMOS, D. L. D. P. **Bioética da Pessoa e da Vida**. Difusão Editora, 2009.

RIBEIRO, A. B. Folha Espírita. São Paulo. 423 2009.

RIZZINI, C. D. T. **O Homem e Sua Felicidade**. São Paulo: Editora Correio Fraternal do ABC, 1988.

_____. **Evolução para o Terceiro Milênio**. Brasília-DF: EDICEL, 1993.

SGRECCIA, E. **Manual de Bioética I – Fundamentos e ética biomédica**. Edições Loyola, 2002.

SINGER, P. **Ética Prática**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2006.

TRABALHADORES, P. D. Cartilha do Programa de Governo 2011-2012. Disponível em: <
<http://www.population-security.org/11-CH3.html>>.

VIDA INTRAUTERINA E PSIQUISMO FETAL

CARLOS ROBERTO DE SOUZA OLIVEIRA

Médico Anestesiologista

“Há muito mais continuidade entre a vida intrauterina e a primeira infância do que a impressionante *cesura* do ato do nascimento nos permite saber”.

Sigmund Freud (Freud, 1987)

INTRODUÇÃO

O estudo do psiquismo fetal realizado de modo sistemático e científico é muito recente. Desde muitos anos especula-se a respeito da capacidade sensitiva e cognitiva do feto humano. Por muito tempo se acreditou que o feto estaria totalmente protegido no útero materno, como se estivesse num paraíso e, neste período, tudo o que acontecia associava-se a experiências agradáveis de calor, aconchego, proteção e prazer. Até bem pouco tempo, admitia-se que a independência do feto surgia com o seu nascimento quando, então, dava-se a *cesura* do cordão umbilical, ou seja, ao perder a segurança uterina, e tendo que procurar por si mesmo o oxigênio e os nutrientes para o seu desenvolvimento e sobrevivência.

Historicamente, as diferentes abordagens e representações da grávida e seu conceito influenciaram discussões morais, legais e religiosas sobre a situação real do feto, principalmente sobre a existência ou não da “alma” antes do nascimento. Na antiguidade, os egípcios, por exemplo, sabiam que o feto se movia antes de nascer. O médico hindu Susruta (século VI a. C.) propunha que o feto de 12 semanas era capaz de perceber seu meio, e já aos 6 meses, afirmava ele, tinha “intelecto”. Já Hipócrates afirmava que os movimentos fetais iniciavam-se entre 70 e 90 dias após a concepção e Platão reconhecia o feto como um ser vivo, se movimentando e se alimentando no interior do ventre materno. Posteriormente, Leonardo da Vinci estudou as influências maternas sobre o feto, afirmando que os dois corpos eram governados por uma única alma. (Quayle, 2006) Foi com o aparecimento das modernas técnicas de diagnóstico pré-natal, principalmente a ultrassonografia e monitorização fetal, que possibilitou o acesso direto ao feto ou a sua imagem, conferindo maior credibilidade aos achados, bem como, permitiu acompanhar seu desenvolvimento embriológico e fetal, avaliando seu comportamento intrauterino em resposta a diversos estímulos biológicos e ambientais como luminosidade, som, emoções materna, dor, ameaças diretas, etc. Longe das antigas crendices e especulações sobre a vida do feto, a sofisticação tecnocientífica das últimas décadas na área do diagnóstico pré-natal permitiu aos pesquisadores investigar o comportamento fetal e reconhecer uma interação entre vida intra e pós-uterina muito maior do que se imaginava. O progresso da tecnologia médica coloca hoje a nossa disposição instrumentos e máquinas que permitem,

graças a exames não invasivos e, portanto muito preciso, de praticar observações que antes eram impossíveis. Os ultrassons constituem a base desses exames graças os quais se podem medir os movimentos, os batimentos cardíacos ou ainda apreciar o estado, calmo ou agitado, do feto (Relier, 1993). Segundo a psicanalista Alessandra Piontelli, (Piontelli, 1995) “*o advento do ultrassom revolucionou o estudo da motilidade e da vida fetal, uma vez que permitiu a observação do feto não perturbado, dentro do seu ambiente natural*”, e as imagens nos revelam o emergir de comportamento independente já na sexta ou sétima semana de gestação. Para Souza-Dias (Souza-Dias, 1996) “*hoje sabemos que o feto é um ser humano, que reage a diversas classes de estímulos, como os de pressão, de toque e de dor; busca posição preferencial, move-se de um lado para o outro, sorri, boceja, esfrega as mãos e os pés, chupa o dedo, dorme, acorda, tem movimentos respiratórios e soluços*”. Ficou demonstrado que as suas atividades não são desprovidas de objetivos; a deglutição tem função nutritiva, bem como regula o volume do referido líquido; os movimentos são importantes para o desenvolvimento de articulações e ossos. As experiências sensoriais, inclusive essas derivadas do próprio movimento, são vitais para o desenvolvimento do cérebro.

DESENVOLVIMENTO CEREBRAL

A biologia evolutiva trouxe valiosas contribuições que permitiram a possibilidade de se pensar a vida psíquica do feto e do recém-nascido como tendo uma característica totalmente própria na sua forma de relação consigo, com o meio, numa forma de consciência do self e do não-self na ausência do universo simbólico, pois este só será adquirido no momento em que entram em funcionamento as estruturas do córtex cerebral, principalmente do córtex pré-frontal.

O desenvolvimento cerebral, que ocorre até as primeiras duas décadas de vida, tem no período fetal e na infância suas etapas mais significativas. A neurogênese, que é o processo de formação do sistema nervoso, chamado de *indução neural*, sendo comandada por um conjunto de moléculas ativadas gradativamente, constituindo vias específicas de sinalização, que coordenam o desenvolvimento como um todo, sendo reguladas de tal forma que as células proliferam e diferenciam-se no tempo e na localização corretos para gerar uma estrutura organizada com grande capacidade de adaptação e plasticidade. A sensibilidade cutânea é a primeira que se desenvolve e os nervos e os músculos já apresentam atividade no início da gestação, evidenciando uma resposta motora reflexa entre seis e sete semanas após a concepção, apresentando um padrão cíclico, embora as gestantes só passem a senti-la entre a 16^a e a 21^a semana. Com um mês e meio de gestação, embora a rede de conexões neurais não esteja fechada, já se detecta função cerebral que culminará em atividade motora e sensibilidade fetal e, até a oitava semana de gestação, quando termina o período embrionário e começa o fetal, serão formadas as estruturas básicas do sistema nervoso central. As pesquisas demonstram que o feto não é um ser passivo, mas que, efetivamente, interage com seu meio através de atividades que refletem objetivos preparando-o, de uma certa forma, para a vida extrauterina. Como afirma o pesquisador e neurologista austríaco Heinz Prechtl, que os estudos realizados a partir da década de 80 apontam “*a impressionante continuidade de funções neurais da vida pré-natal à pós-natal*”, continuidade esta devido à “*ampla gama de funções previamente adaptadas que emergem no decorrer da vida pré-natal, sobretudo durante a primeira metade da gestação*”

(Prechtl, 1984), permitindo ao feto, gradativamente, controlar seus movimentos e esboçar reações precisas.

DOR FETAL

A grande dúvida sobre se o feto sente ou não dor tem merecido a atenção e discussão dos especialistas ao longo dos tempos e, embora sejam muitas as teorias lançadas, só recentemente a ciência deu uma resposta concreta a esta questão, segundo a qual a existência de dor às 22 semanas de gestação é uma evidência. E antes? Um trabalho pioneiro com grande impacto científico a nível mundial, feito pela médica portuguesa Jerónima Teixeira,(Teixeira, Glover *et al.*, 1999) defende que às dez semanas o feto já sente dor. É a questão que se coloca a seguir. “A partir das cinco semanas há sensibilidade ao toque e fortes possibilidades do feto sentir dor”, responde Jerónima Teixeira, cuja tese de doutorado, efetuada no Imperial College, em Londres, teve como base a dor fetal.

Através deste trabalho pioneiro, a especialista certificou-se de uma crença antiga: os fetos reagem à dor de forma semelhante aos adultos. “*Não há um método único, universal e objetivo de medir a dor. O que sabemos é que quando um ser humano é sujeito a ela, há certas alterações fisiológicas no seu organismo*”, explica. O aumento da frequência cardíaca, o aumento de secreção dos hormônios do stress e a redistribuição do fluxo sanguíneo são reações possíveis à dor no adulto, assim como no feto. Com uma diferença: “*No adulto o aumento da secreção dos hormônios do stress é de 80 por cento, no feto é de 500 por cento*”, adverte Jerónima Teixeira. “*O estímulo tem potencialidade de causar mais dor no feto porque as suas fibras inibitórias da dor, que diminuem a atividade neuronal, estão numa fase de desenvolvimento precoce*”, explica a especialista, que embora tenha testado a dor em fetos entre às 12 e às 16 semanas de gestação, não tem dúvidas: “A dor aparece muito antes.”

O aumento da frequência cardíaca fetal pode indicar desconforto e dor, por isso os batimentos cardíacos são importantes marcadores do comportamento e da saúde do embrião e, posteriormente, do feto. Alguns autores repudiam a noção de dor fetal antes das 24 semanas com base no fato de que os bebês em gestação não têm uma conexão completa de nervos com o córtex cerebral antes das 24 semanas. Mas, para a Dra. Mary Spaulding Balch, diretora de legislação estadual para o Comitê Nacional de Direito à Vida (CNDV), (Moura, 2010) a maioria ignora o estudo de grande influência de 2007 da revista médica Behavioral and Brain Sciences (Ciências Comportamentais e Cerebrais) intitulado “Consciência sem um córtex cerebral”. De acordo com esse estudo até mesmo “*crianças que não têm virtualmente nada do córtex cerebral experimentam dor*”, disse ela. “*Ironicamente, o artigo admite a evidência de que com 20 semanas receptores de dor estão presentes em toda a pele do bebê em gestação*”, continuou ela, “*que esses receptores estão ligados mediante nervos ao tálamo e a lâmina subcortical, e que essas crianças coordenaram reações aversivas a estímulos dolorosos, experimentando mais hormônios de estresse com isso*”.

Paul Tully, secretário geral da Sociedade para a Proteção das Crianças em Gestação (SPCG),(Craine, 2010) com sede em Londres, observou que o limite de 24 semanas no aborto social é uma “*tentativa de desviar a atenção do assunto principal*” em qualquer caso e, segundo ele, a sugestão de que os médicos que realizam abortos não estão causando a dor da criança ao

matá-la é simplesmente “*um modo de negar que o que eles estão fazendo é maligno e eles sabem disso*”, aliás, sabem melhor do que a maioria das pessoas como esses bebês são maravilhosos, sensíveis, complexos e belos em toda a fase do desenvolvimento da concepção em diante. Conclui o Dr. Tully que “*A vida não começa na metade da gravidez; começa na concepção*”.

ASPECTOS PSÍQUICOS E COMPORTAMENTAIS DO FETO

Estudos experimentais realizados com fetos evidenciam a capacidade precoce de perceber e memorizar estímulos a partir da primeira metade de vida intrauterina. Para o psiquiatra canadense Thomas Verny, o feto é capaz de experimentar sentimentos de caráter fisiológico, como temor e ansiedade, desencadeados pela liberação de catecolaminas no sangue. No livro *A vida Secreta da Criança Antes de Nascer*, o doutor Verny cita um caso que mostra fortes evidências de um psiquismo independente no feto. É o caso do bebê Kristina que revelou um comportamento muito estranho, pois, recusava-se a mamar no seio da mãe e aceitava o seio de outras mães, rejeitando o alimento materno. A mãe não sabia explicar a razão de tal comportamento, porém, quando perguntada se ela tinha desejado esta gravidez, respondeu que não, que queria abortar porém, manteve-a por desejo do marido. Conclui acentadamente o doutor Verny que “ela havia percebido há muito tempo a rejeição de sua mãe e recusava-se a formar a ligação com esta, após o nascimento. Afetivamente rejeitada no útero, Kristina, com apenas quatro dias de vida e inteiramente dependente, estava firmemente decidida a rejeitar a sua mãe” (Verny e Kelly, 1993). O doutor Stuart Campbell, diretor do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Unidade de Medicina Fetal do Hospital de St. George, em Londres, observou, através de um scanner 4D, imagens detalhadas em 3D dentro do útero, onde os bebês se moviam em tempo real, começavam a mover os dedos em 15 semanas, bocejar com 18 semanas e sorriam, piscavam e choravam com 26 semanas.

Um importante estudo observacional e psicanalítico feito pela médica, psicoterapeuta infantil e psicanalista italiana Alessandra Piontelli (Piontelli, 1995), teve como objetivo estudar preliminarmente a vida pré-natal e seu impacto sobre o desenvolvimento futuro do indivíduo. O estudo foi realizado através da observação ultrassonográfica de fetos a partir da 16ª semana e continuou com um acompanhamento pós-parto em seu ambiente familiar, com um mínimo de interferência possível. Foram selecionadas onze gestações, três singulares e quatro gemelares, e ainda seis atendimentos a crianças que embora não tenham sido observadas em seu estado fetal, sua gestação e parto foram relatados pelos pais. Os casos observados tiveram um acompanhamento psicanalítico das crianças por dois a cinco anos. O resultado sugere a existência de continuidade em aspectos da vida pré e pós-natal. A previsibilidade de alguns comportamentos se reporta a idade fetal e alguns relatos são de grande dramaticidade.

Sobre o trabalho da doutora Piontelli, relata a doutora Marlene Nobre, no livro **A Vida Contra o Aborto**, (Nobre, 2005) referindo-se ao estudo comportamental de um casal de gêmeos bivitelinos, ou seja, formado por dois óvulos distintos: “*Na ecografia, observou que a menina era expansiva, buscava o contato com o irmão, mas este retraía-se e enfiava a cabeça na placenta ou tapava o rosto com as mãos, fugindo dela. Com base nesse comportamento, a Dra.*

Piontelli previu que a menina seria agitada, nervosa, enquanto que o irmãozinho seria de temperamento retraído e acanhado. Para espanto da mãe, após o nascimento, tudo se confirmou: realmente ele era do tipo quieto e a menina mais irrequieta. Com suas observações, a psicanalista aclarou muitos aspectos da personalidade dos fetos observados durante as suas pesquisas, antes mesmo do nascimento. Via-os chupando o dedo, espreguiçando-se, esfregando os pezinhos e as mãozinhas, coçando-se, enfim, aproveitando a liberdade de movimentos dentro do líquido amniótico. Cada feto apresentava um comportamento muito próprio, tinha o seu feitio. A Dra. Piontelli assinalava o traço marcante de cada um, se era calmo, nervoso, pensativo ou se trazia, por exemplo, a característica de uma bailarina. Ela acompanhou-os não apenas durante o período pré-natal, mas também no decorrer do primeiro ano de vida e muitos até completarem cinco anos. E pôde constatar que o padrão de comportamento se confirmava em todos os casos, no decorrer do seu desenvolvimento. Verificou-se que, cada feto, assim como cada recém-nascido, é um ser altamente individualizado. Não é de modo algum uma tábua rasa, como se poderia supor, esperando ser moldado, exclusivamente pelo meio ambiente. Tem vida emocional própria: experimenta prazer e desprazer, dor, tristeza, angústia ou bem-estar e tem um relacionamento intenso com sua mãe, sendo capaz de captar os seus estados emocionais e sentir quais os sentimentos de afetividade dela em relação a ele". Há relatos contundentes de crianças com sérias dificuldades de adaptação à vida no mundo exterior ao útero, exigindo tratamento contínuo. Os pais muitas vezes interrompem o tratamento por motivos diversos, seja por estarem satisfeitos com o resultado obtido, por mudança de residência, tratamento de saúde de um dos cônjuges ou mesmo após optarem pela concepção de outro filho. O tempo mínimo de tratamento dos casos observados foi de dois anos. Suas conclusões são de que parece haver realmente uma relação muito estreita entre o comportamento fetal, e aquele durante o desenvolvimento do indivíduo. Também descarta esta influência em casos atendidos onde a psicopatía não teria origem na sua vida fetal. Pelos relatos percebemos que parece existir uma individualidade já na vida fetal, mais fácil de perceber nas gestações gemelares. Nota-se a necessidade que alguns fetos sentem de ter seu espaço não compartilhado enquanto outros aceitam de bom grado a convivência com o irmão. Outras diferenças notáveis são aquelas em que percebemos o que o útero representa para alguns bebês – ou um lugar ideal ao qual deseja voltar ou o extremo oposto, um lugar perigoso cheio de ameaças.

O feto é sensível a sons agudos e vibrações intensas, mas também sofre se a mãe está doente, exausta ou intoxicada. Quando o embrião se aninha no útero, tendo seu corpo alimentado pela mãe, como se fosse um de seus órgãos, a sensação de bem-estar é produzida pelos sentimentos de prazer e alegria que a mãe possa estar vivendo. Da mesma forma, se a mãe está triste e estressada, tais sensações podem ser comunicadas para o feto. O meio ambiente do feto é rico em estimulação acústica proveniente do interior do corpo da mãe através do seu comer, beber, respirar, dos batimentos cardíacos, de suas vocalizações e dos ruídos ambientais atenuados. Porém, o som mais frequente que o feto ouve é o da pulsação da principal artéria abdominal e o segundo mais frequente é o da voz da mãe. A importância da experiência auditiva pré-natal tem sido demonstrada pelos estudos conhecidos do pesquisador americano Anthony DeCasper e seus colaboradores (Decasper e Fifer, 1980) que provaram a preferência do bebê pela voz familiar de sua mãe, o efeito tranquilizador da exposição ao som dos batimentos

cardíacos da mesma após o nascimento e a preferência revelada pelo bebê para ouvir o som de histórias familiares que haviam sido lidas por sua mãe antes do nascimento.

Segundo a psicanalista Myriam Szejer (Szejer, 1999) quando a criança ainda era feto, a criança aprendeu a distinguir a voz da mãe do ruído de fundo uterino, de outras fontes de barulhos externas e mesmo das vozes de outras pessoas. Recém-nascida, ela reconhece essa voz entre as de outras mulheres, prefere-a e reconhece-a como proveniente daquela mesma mulher que ela escutava *in utero*. Além disso, depois do nascimento, a criança reconhece a língua falada por sua mãe e não reage a uma língua que nunca escutou durante a gravidez. Sua vida após o nascimento determinaria seu comportamento a partir das influências recebidas do meio ambiente. Tudo nos leva a entender e aceitar que a personalidade de um indivíduo não é só o produto da genética ou da influência do meio. Ele já é um indivíduo dentro do útero, e marcas de sua evidente personalidade o acompanharão sempre durante sua vida, ou seja, o recém-nascido é altamente singular. Como afirma o salmista: “ quando meus ossos estavam a se formar, um por um, no útero de minha mãe, enquanto eu crescia em segredo, Tu sabias que eu existia; me viste antes de eu nascer. Os dias de minha vida já estavam registrados em Teu livro mesmo antes de o tempo existir” (Salmo, 139: 15-16).

REFERÊNCIAS:

ANDRÉ LUIZ (ESPÍRITO), F. C. X. Luta por renascer. In: (Ed.). **Entre a Terra e o Céu**. 1 edição especial. Brasília: FEB, 2010a. cap. 30, p.207-212.

_____. Proteção. In: (Ed.). **Missionários da Luz**. Brasília: FEB, 2010b. cap. 14, p.255-268.

CRAINE, P. B. Report Debunking Fetal Pain Shows ‘Stunning Lack of Scholarship’: NRLC. US, 2010. Disponível em: <
<http://www.lifesitenews.com/news/archive//ldn/2010/jun/10062906>>. Acesso em: 01/05/2013.

DECASPER, A. J.; FIFER, W. P. Of Human Bonding: Newborns Prefer their Mothers' Voices. **Science**, v. 208, n. 4448, p. 1174-1176, Jun. 6, 1980 1980. Disponível em: <
[http://people.uncw.edu/hungerforda/Graduate Developmental/PDF/decasper.pdf](http://people.uncw.edu/hungerforda/Graduate%20Developmental/PDF/decasper.pdf)>.

FREUD, S. “**Inhibición, síntoma y angustia**” (1926/25). Ed. Amorrotour, 1987.

MOURA, W. Fetos sentem dor. **O Possível e o Extraordinário**, 2010. Disponível em: <
<http://diasimdiatambem.com/2010/07/30/fetos-sentem-dor/>>. Acesso em: 01/05/2013.

NOBRE, M. O feto tem psique própria? In: (Ed.). **A Vida Contra o Aborto**. São Paulo: Folha Espírita Editora, 2005. p.112.

PIONTELLI, A. **De Feto a criança - Um estudo observacional e psicanalítico**. Rio de Janeiro: IMAGO, 1995.

PRECHTL, H. F. R. **Continuity Neural Functions from Prenatal to Postnatal Life**. 1. London: SIMP, 1984. 250 ISBN 0-632-01385.

QUAYLE, J. **Emoções Compartilhadas. A Mente do Bebê**, Ed. Especial Mente e Cérebro. São Paulo: Ed. Duetto 2006.

RELIER, J.-P. **L'aimer avant qu'il naisse. Le lien mère-enfant avant la naissance.** Paris: Éditions Robert Laffont, 1993.

SOUZA-DIAS, T. G. **Considerações sobre o psiquismo do feto.** Escuta, 1996.

SZEJER, M. **A escuta psicanalítica de bebês em maternidade. Conferências de Myriam Szejer no IV Encontro Brasileiro para o Estudo do Psiquismo Pré e Perinatal.** 1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

TEIXEIRA, J. M. A.; GLOVER, V.; FISK, N. M. Acute cerebral redistribution in response to invasive procedures in the human fetus. **Am J Obstet Gynecol**, v. 181, n. 4, p. 1018-1025, 1999.

VERNY, T.; KELLY, J. **A vida secreta da criança ante de nascer.** São Paulo: C. J. Salmi, 1993.

PARADOXO ÉTICO: ABORTO EM QUESTÃO

Paulo Batistuta Novaes
Médico obstetra/ginecologista
Mestrado em Medicina/UFES
Membro da AME ES

Para justificar o aborto, alega-se que o aborto é a quinta causa de mortalidade materna no Brasil e que a análise epidemiológica permite concluir que abortos realizados ilegalmente têm um forte impacto sobre a saúde pública, contudo, não cita as fontes. Em verdade, esta fala não condiz com o atual panorama epidemiológico brasileiro. Ele também evoca o elevado número de curetagens após aborto, ligando-as a abortos provocados e a mortalidade materna.

No entanto, estas assertivas devem ser questionadas segundo o estudo de Koch e cols (Koch, Aracena *et al.*, 2012) que demonstra uma superestimação em 10 vezes da RMM relacionada ao aborto clandestino no México nos últimos 20 anos. Isto porque em estudos anteriores os pesquisadores inferiram dados faltantes nos prontuários hospitalares, inclusive subjetivos, relacionados à prática do aborto. Contrariando outras publicações, verificaram um importante progresso na saúde materna mexicana com respectivo decréscimo de 36,6% na RMM entre 1990 e 2010, queda maior que na taxa de abortos provocados entre 2002 e 2008 (22,9%), afastando-a como vilã da RMM: a legalização do aborto no México ocorreu em 2007.

Outro contundente estudo avalia o declínio da RMM no Chile (Koch, Thorp *et al.*, 2012) demonstrou que, após da proibição do aborto naquele país (1989), houve uma redução na RMM de 41,3 para 12,7:100.000 nascidos vivos (dados do Instituto Nacional de Saúde do Chile - estatísticas vitais, 1957-2007). Nesta série de 50 anos, o declive na RMM não se alterou depois da lei do aborto, mas decorreu de iniciativas que levaram a maior utilização das facilidades do sistema de saúde chileno, mudanças no comportamento reprodutivo e melhoria nos serviços de saúde pública. Os autores enfatizam que a redução na TMM não se relaciona ao status de legalidade do aborto, pelo contrário, mesmo tendo uma das legislações menos permissivas do mundo quanto ao aborto eletivo, o Chile possui uma taxa quase nula de morte materna por aborto, desafiando o mito de que a restrição do aborto leva a milhares de mortes maternas.

Da mesma forma, a RMM no Brasil apresentou uma drástica redução nas últimas décadas (Rocha e Novaes, 2010) mesmo sem a legalização do aborto: era aproximadamente 500:100.000 em 1978(Bouvier-Colle, 2001) contra 68 em 2010(Brasil, 2012). Se não bastasse, apenas no período de 1990 até 2010 houve um decréscimo de 51% na RMM conforme o relatório mundial de saúde da Organização Mundial da Saúde (Who, Unicef *et al.*, 2010), evidenciando que a mortalidade materna decorrente de abortos provocados não é um caso de saúde pública como alegou o presidente do CFM(Formenti, Fabrini *et al.*, 2013).

Por outro lado, curetagem uterina é procedimento corriqueiro na Obstetrícia, sendo realizada após casos de aborto, quer sejam espontâneos ou não, com a finalidade de evacuar o útero. Em geral, é realizada em abortamentos acima de 8 semanas, uma vez que nas idades gestacionais

inferiores ocorre frequentemente a expulsão espontânea do aborto. E considerando que cerca de 30% das gestações terminam em perda espontânea, teremos então uma curetagem para cada dois bebês que nascem! Como no Brasil nascem cerca de 1.000.000 de bebês/ano, justifica-se a elevada incidência de 250.000 curetagens/ano sem, contudo vinculá-las obrigatoriamente à mortalidade materna, tampouco ao aborto provocado.

Outro aspecto dramático é a chance de repetição do aborto provocado, uma vez que sua legalização gera nas pessoas uma percepção de que esta atitude não é problemática e também que não há restrições repeti-la. Como exemplo, na Suécia o aborto é permitido até a 18ª semana, podendo estender-se até a 22ª como exceção. Um fato estarrecedor é que após a liberação do aborto em 1975 houve duplicação nos casos de repetição, que variou de 3-10 abortamentos pela mesma mulher (Sweden, 2009). Na Suécia 20,8% de todas as gestações são interrompidas.

Também não se pode afirmar com fundamentos técnicos que há menores riscos caso a interrupção ocorra até 12 semanas, já que este prazo poderia ser indistintamente recuado para 11 ou postergado para 13 semanas, além do que também não considera o aumento das frequentes complicações psíquicas, como a elevação do número de suicídios, de depressão, de abuso de álcool, adicção, conflitos conjugais e câncer de mama (Shah e Ahman, 2009).

Considerando motivos que justifiquem o aborto provocado, o CFM “analisa” aspectos éticos sobre os casos em que o aborto é permitido no Brasil e assevera que “são incoerentes com compromissos humanísticos e humanitários, e paradoxais perante a responsabilidade social e os tratados internacionais assinados pelo governo brasileiro” (Formenti, Fabrini *et al.*, 2013). Mais uma vez nota-se um equívoco, pois o Brasil é signatário do Pacto de São José da Costa Rica pelo decreto 678/1992 que tem poder constitucional e que pactua “que toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei, em geral desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente” (Brasil, 1992).

Paradoxal é o médico assumir postura favorável à morte, pois que no período fetal há exuberante vida. Além do mais, a prática médica é norteadada pelo juramento de Hipócrates, segundo o qual “A ninguém darei por prazer nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva.” Ademais, aos espíritas é impensável uma posição diferente da absoluta defesa da vida.

Independente do posicionamento das instituições em nosso país, exerçamos cidadania posicionando-nos claramente neste iminente equívoco que se pretende e nos dediquemos a iniciativas a nosso alcance.

Referências:

BOUVIER-COLLE, M. H. **Mortalité maternelle**. Paris: 2001.

BRASIL, G. F. D. **Decreto nº 678 de 6 de novembro de 1992**. Brasília 1992.

BRASIL, M. D. S. Boletim 1/2012 Mortalidade materna no Brasil. Brasília, 2012. Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codCo>

[nteudo=6403&codModuloArea=783&chamada=bole_tim-1/2012-_-mortalidade-materna-no-brasil](#) >. Acesso em: 29/04/2013.

EMMANUEL, E.; XAVIER, F. C. **Vida e Sexo**. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira, 1970.

FORMENTI, L.; FABRINI, F.; BASSETE. **Apoio do CFM ao aborto já enfrenta protestos antes de chegar ao Senado**. O Estado de São Paulo. São Paulo 2013.

KOCH, E. et al. Fundamental discrepancies in abortion estimates and abortion-related mortality: A reevaluation of recent studies in Mexico with special reference to the International Classification of Diseases. **Int J Womens Health**, v. 4, p. 613-23, 2012. ISSN 1179-1411 (Electronic)

1179-1411 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23271925> >.

KOCH, E. et al. Women's Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths: A Natural Experiment in Chile from 1957 to 2007. **PLoS ONE**, v. 7, n. 5, p. e36613, 2012. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1371%2Fjournal.pone.0036613> >.

ROCHA, J. A.; NOVAES, P. B. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. **Femina**, v. 38, n. 3, p. 119-126, 2010.

SHAH, I.; AHMAN, E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences and challenges. **J Obstet Gynaecol Can**, v. 31, p. 1149-1158, 2009.

SWEDEN. **Official Statistics of Sweden. Statistics and Medical Care: Induced abortions 2009(2010)**. . Estocolm 2009.

WHO; UNICEF; FNUAP. **The World Health Report - Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage 2010**.

PERGUNTAS E RESPOSTAS SOBRE O ABORTO

Marlene Rossi Severino Nobre

(In Memoriam)

Foi Presidente da Associação Médico-Espírita do Brasil e da Associação Médico-Espírita Internacional.

➤ Seria o embrião um mero “amontoado de células”?

A célula-ovo é a nossa primeira morada. O desenvolvimento humano é um processo contínuo que começa quando o óvulo de uma mulher é fertilizado por um espermatozoide de um homem. Assim, uma única célula, o zigoto (célula-ovo), após muitas modificações, transforma-se em um ser humano multicelular. Moore e Persaud, ilustres embriologistas, afirmam que o zigoto e o embrião inicial são organismos humanos vivos, nos quais já estão fixadas todas as bases do indivíduo adulto. Sendo assim, não é possível interromper algum ponto do *continuum*

– zigoto, feto, criança, adulto, velho – sem causar danos irreversíveis ao bem maior, que é a própria vida.

Com base nesta verdade científica, os grandes mestres, figuras notáveis da obstetrícia brasileira, Álvaro Guimarães Filho, Domingos Delascio, Ciro Ciari Jr., e Francisco Cerrutti, fizeram uma declaração conjunta: “*Abortamento induzido significa a eliminação de uma pessoa biologicamente viva*”.

Vemos, assim, que a célula-ovo surge no processo de concepção ou fertilização, no instante em que se fundem os dois gametas – o espermatozoide e o óvulo. No início, mede cerca de 130 micrômetros (medida dimensional histológica), um mês depois, porém, já terá um aumento de massa de dez mil vezes.

Em nenhum momento da história humana, de qualquer indivíduo, esta velocidade de crescimento se repetirá. Embora a Embriologia já tenha definido como certo ser o embrião inicial um organismo humano vivo, há os que insistem em reduzi-lo à condição de um “amontoado de células”, uma “coisa”, um “objeto”, totalmente dependente do organismo materno, removível a qualquer tempo. Com tal espécie de premissa, alienada da realidade fática, reduz o extraordinário fenômeno da vida a um evento banal, destituído de importância.

Não é isso, no entanto, o que as pesquisas científicas revelam. Erwin Schrödinger, um dos pais da física quântica e grande incentivador do desenvolvimento da Biologia, ressalta que “*todo o padrão tetradimensional é determinado pela estrutura daquela única célula: o ovo fertilizado*” (Margulis e Sagan, 2002b), chamando a atenção para o potencial extraordinário da célula-ovo, que encerra em si mesma todo o projeto de um novo ser e é capaz de construir um organismo adulto, com toda a sua complexidade.

➤ Podem os genes determinar completamente o desenvolvimento humano?

Na verdade, a célula-ovo é a testemunha silenciosa e eloquente de cerca de três bilhões e 800 milhões de anos de nossa evolução biológica, um primor de sofisticação e complexidade; possui DNA característico, rico quimismo celular, e extraordinária capacidade de materializar energia.

A filogênese, a longa saga multimilenar da evolução das espécies, construiu e burilou os genes, moléculas helicoidais de ADN (ou DNA – ácido desoxirribonucleico), para que fossem perenes e tivessem um grau de complexidade crescente. Eles fazem parte do núcleo da célula e contêm toda a herança do indivíduo.

Richard Dawkins ([Dawkins, 2007](#)) ressaltou que: “*os genes, como os diamantes, são para sempre*”, mas exagerou a importância deles na explicação da diversidade humana.

Com o término da primeira fase do Projeto Genoma, esse papel determinante não se confirmou. Constatou-se que o genoma humano tem cerca de 25 mil genes, se tanto, bem menos do que os 100 mil esperados. Os nossos genes, por exemplo, são 98,4% idênticos aos dos chimpanzés, mas a diferença é menor ainda, na verdade, algo em torno de 0,16%, tendo em vista que 90% dos genes não têm papel codificante. Quais seriam, então, os genes que fazem a diferença? E por que tão vasta? Afinal de contas, o nosso genoma tem apenas cerca de 300 genes a mais do que um rato.

A conclusão é que os genes não explicam o nosso jeito de ser, a inventividade que nos leva à comunicação por meio da linguagem falada e de textos de livros; o fato de termos consciência de passado, presente e futuro; de sermos dependentes de ferramentas e máquinas para sobreviver; de fazermos e apreciarmos arte; e também de utilizarmos nossa engenhosidade para destruir populações inteiras, abusar de drogas que levam à dependência; sentirmos prazer em torturar-nos uns aos outros e dizimarmos centenas de animais de outras espécies. ([Margulis e Sagan, 2002a](#))

O fim da primeira fase do Projeto Genoma deu-nos a certeza de que temos de buscar respostas à diversidade humana em outra parte que não seja nos genes.

Há os que têm convicção de que a ciência um dia explicará todos esses fenômenos complexos, pela “via natural”, sem necessidade de recorrer à interferência divina ou a alguma estrutura imaterial no ser vivo, mantendo-se rígidos no paradigma materialista reducionista. Outros, cientistas, porém, pensam diferentemente. É o caso de Rupert Sheldrake, biólogo e pesquisador inglês. Ele crê que os sistemas vivos são por demais complexos, porque estão baseados em informação altamente eficiente, oriunda de um campo imaterial estruturador da forma – o campo mórfico ou morfogenético – que seria o responsável pela formação do ser ([Sheldrake, 1996](#))⁵. No Brasil, o dr. Hernani Guimarães Andrade ([Andrade, 1984](#))⁶, ilustre presidente do Instituto Brasileiro de Pesquisa Psicobiofísicas, falecido em 2003, chama esse campo de modelo organizador biológico.

Como vemos, a formação de um ser vivo ainda é um mistério para a ciência. Está repleta de complexidade e fatos inexplicáveis. Desde o início, a gestação desenvolve-se como uma verdadeira sinfonia sob a batuta de um maestro desconhecido.

Há uma perfeita coordenação de movimentos, que leva à clivagem (divisão das células), nidificação na cavidade uterina, à formação da placenta e do líquido amniótico, e à continuidade do desenvolvimento fetal, sob a chancela de centenas de enzimas e hormônios, que funcionam harmonicamente na ligação materno-fetal.

Não há explicação científica para os processos reguladores dos embriões, sua capacidade de produzir tecidos e órgãos tridimensionais a partir das sequências unidimensionais existentes nas bases que estruturam os genes.

Enfim, a ciência ainda não explica como se chega a um bebê tridimensional, partindo de uma única célula unidimensional. Do mesmo modo, a ciência não explica, por que as células de um organismo, portadoras de núcleos com a mesma carga genética, são tão diferentes entre si, com formas e funções tão diversificadas e extremamente especializadas, quanto o são, por exemplo, os neurônios, os hepatócitos, as células do sangue etc. (François Jacob in [Chabanis, 1973](#))⁷

➤ **É o feto inteiramente dependente do organismo materno?**

Os defensores do aborto ressaltam a autonomia da mulher, defendendo um pseudodireito de escolher quanto à interrupção da gestação. Para estes o feto não teria personalidade e estaria em total dependência do organismo materno.

Esses argumentos são contestados pela pesquisa científica. Claude Sureau, professor emérito da universidade Paris V, questiona esse pseudodireito soberano, que se pretende conferir à mãe, de decidir sobre a vida do filho em gestação, atribuindo a ela toda “competência” e “autonomia” sem levar em consideração outro direito primordial, inerente a todo ser humano, o da “indisponibilidade” da vida ([Fédida e Lecourt, 1996](#))⁸.

Estudos científicos demonstram que há uma individualidade embriofetal muito nítida, tanto imunológica quanto psicológica, que pode ser acompanhada, desde muito cedo, por meio da ultrassonografia. Na realidade, há até mesmo um conflito de interesses materno-fetais, o que prova a personalidade distinta do feto. Por ser um corpo estranho no organismo materno, ele tem de lutar para manter-se vivo, para não ser rejeitado.

Estudo recente realizado pela equipe do prof. Andrew L. Mellor, do Medical College, Georgia, EUA, publicado na conceituada revista *Nature* (27/8/98) ([Mellor e Munn, 2004](#)), mostrou que há um mecanismo bioquímico de defesa do feto que procura driblar o da mãe. Ele produziria uma enzima, a IDO, que procuraria neutralizar a ação do triptofano, aminoácido responsável pela produção de células de defesa tipo T do organismo materno.

Esta pesquisa coloca em xeque, portanto, o argumento de que a mulher grávida tem o direito de decidir se o embrião deve viver ou morrer, porque este não seria um ser à parte, não teria personalidade própria. Tanto a possui que ele é detentor de um patrimônio genético exclusivo. E, desde o período inicial da gestação, extravasa a sua inteligência através da capacidade de autogerir-se mentalmente; de adaptar-se e adequar-se a situações novas; de selecionar condições e aproveitar experiências, empregando aprendizado e memória. Tem, portanto, inteligência própria.

E podemos afirmar, com base na pesquisa, que é tão distinto da mãe que necessita produzir substâncias apropriadas para poder manter-se vivo, dentro do útero, fugindo do perigo de ser eliminado pelo sistema imunológico da hospedeira. E o mais interessante é que o organismo materno aceita a defesa do hóspede, concordando, tacitamente, com a gestação.

Esta luta do embrião para sobreviver dá-lhe o *status* de pessoa e demonstra que ele apenas se hospeda no organismo materno. A propalada autonomia da mãe, o seu direito de decidir, não se sustenta, portanto.

Mas há ainda muito mais certezas, quanto à verdadeira natureza do embrião, quando estudamos os novos aportes e derradeiras descobertas da ciência no campo da memória e do psiquismo fetal.

➤ O feto possui uma psique própria?

A Dra. Alessandra Piontelli, ([Piontelli, 1995](#)) psicanalista italiana, acompanhou durante vários meses, onze (11) fetos: quatro (4) gestações gemelares e três (3) singulares, a partir da 16ª semana de gravidez. Dentre as gestações gemelares, observou, através do ultrassom, 5 a 6 vezes ao mês, um caso de gêmeos dizigóticos ou bivitelinos (formados por dois ovos distintos), uma menina e um menino. Seguindo-os por vários meses, familiarizou-se tanto com o “jeitão” deles que foi capaz de descrever para a mãe qual seria o comportamento de ambos após o parto. Ao ultrassom, observou que a menina era expansiva, buscava o contato com o irmão, mas este se retraía e enfiava a cabeça na placenta ou tapava o rosto com as mãos, fugindo dela. Com base nisso, a Dra. Piontelli previu que a menina seria agitada, nervosinha, ao passo que o irmãozinho seria de temperamento retraído e acanhado. Para espanto da mãe, após o nascimento, tudo se confirmou: realmente ele era do tipo quieto e a menina fazia o gênero nervosa, irrequieta⁹.

Com suas observações, a psicanalista aclarou muitos aspectos da personalidade dos fetos observados durante sua pesquisa, antes mesmo do nascimento. Via-os chupando o dedinho, espreguiçando-se, esfregando os pezinhos e as mãozinhas, coçando-se, enfim, aproveitando a liberdade de movimentos dentro do líquido amniótico. Cada feto apresentava um comportamento muito próprio, tinha o seu “jeito” de ser. A Dra. Piontelli assinalava o traço marcante de cada um, se era calmo, nervosinho, pensativo ou se trazia, por exemplo, a característica de uma bailarina. Ela os acompanhou não apenas durante o período pré-natal, mas também no decorrer do primeiro ano de vida e muitos até completar cinco anos. E pôde constatar que o padrão de comportamento se confirmava, em todos os casos, no decorrer do desenvolvimento.

Verificou-se que, cada feto, assim como cada recém-nascido, é um ser altamente individualizado. Não é de modo algum uma *tabula rasa*, como se poderia supor, esperando ser moldado, exclusivamente, pelo meio ambiente. Tem vida emocional própria: experimenta prazer e desprazer, dor, tristeza, angústia ou bem-estar e tem um relacionamento intenso com sua mãe, sendo capaz de captar seus estados emocionais e sentir quais os sentimentos de afetividade dela em relação a ele.

Outra experiência interessante a demonstrar a existência da individualidade própria do feto foi realizada em 1982, por Anthony DeCasper, ([Decasper e Fifer, 1980](#)) pesquisador norte-americano: ele instruiu um grupo de mulheres grávidas para que lessem, em voz alta, cinco semanas antes do parto, determinada estória infantil. Três dias após o nascimento, duas estorinhas foram lidas para os bebês: a que eles já conheciam, desde o final da gestação e outra desconhecida. As reações foram medidas, através do número de sucções do bebê. Verificou-se que eles sugavam, com mais frequência, quando ouviam a conhecida.

Os problemas psicológicos ocorridos na fase pré-natal afetam a vida ultra-uterina. A Dra. Myriam Szejer, ([Szejer, 1999](#)) psicanalista de bebês, tem importante casuística de suas “conversas” com recém-nascidos, que demonstram o valor terapêutico delas no alívio e na solução desses conflitos. Um dos casos, relatado no seu livro *Palavras para Nascer*, é particularmente doloroso¹⁰.

Numa gravidez gemelar, havia uma malformação muito grave em uma das gêmeas. Segundo prognósticos médicos, ela poderia nascer, mas teria um curto período de sobrevivência. Como na França, onde a Dra. Szejer vive, o aborto é legal, os médicos aconselharam aos pais a interrupção *in utero* da vida do feto. Uma vez aceita a sugestão, a interrupção foi feita, tardiamente, tendo o feto morto permanecido no útero até o nascimento da irmã, o que se deu, por cesariana, 15 dias depois.

Mas tal como previra a Dra. Szejer, a gêmea sobrevivente, de nome Léa, teve sérios problemas, logo após o nascimento: não se alimentava e quando era amamentada à força, regurgitava sem parar, colocando em sério risco a sua vida. Os problemas eram óbvios para a psicanalista: Léa tinha atrás de si vários meses de companheirismo com a irmã gêmea, e esta, de repente, ficara inerte, desaparecendo depois, completamente, do seu contato. Foi preciso um trabalho muito intenso da Dra. Szejer, muitas “conversas” com Léa, até que a recém-nascida conseguisse se recuperar do luto da irmã, aprendendo a mamar sozinha, e em grande quantidade, para finalmente ganhar peso e alta hospitalar duas semanas depois.

Um caso interessante também para demonstrar também o psiquismo independente do feto é o narrado por Thomas Verny e John Kelly no livro *A Vida secreta da criança*, ([Verny e Kelly, 1993](#)) que influenciou especialistas em muitos países, inclusive no Brasil.

Verny ressalta a influência da mãe sobre o filho em gestação e diz que é preciso estar atento às diferenças. Há emoções negativas passageiras ou acontecimentos geradores de estresse que não vão prejudicar a formação dos elos intrauterinos da dupla. Mas há outras fortes, no campo da rejeição. “*O perigo existe, quando ele (o feto) se sente rejeitado pela mãe ou quando suas necessidades físicas ou psicológicas são sistematicamente ignoradas*”, enfatiza ele¹¹. Verny conta o caso do bebê Kristina que lhe foi relatado pelo Dr. Peter F. Freybergh, professor de obstetrícia e ginecologia da Universidade de Upsala, na Suécia.

Kristina era um bebê robusto e comportado que revelou um estranho comportamento: recusava-se a mamar no seio da mãe. Aceitava mamadeira ou o seio de outras mães, mas não queria nada com o alimento materno.

O Dr. Peter, indagando da mãe a razão de tal comportamento, recebeu um “não sei” como resposta. Ela dizia não saber o motivo. Quando, porém, Dr. Peter foi mais incisivo na

pergunta : “*Mas você desejava realmente esta gravidez?*” Ela esclareceu: “*eu queria abortar, mas meu marido desejava esta criança, então, mantive-a*”. “*Isto era novidade para Peter, mas obviamente não o era para Kristina*”, comenta o Dr. Verny. E acentua: “*Ela havia percebido há muito tempo a rejeição de sua mãe e recusava-se a formar a ligação com esta, após o nascimento. Afetivamente rejeitada no útero, Kristina, com apenas quatro dias de vida e inteiramente dependente, estava firmemente decidida a rejeitar sua mãe.*” E concluiu: “*É provável que, com tempo, amor e paciência, a mãe de Kristina ganhe, de novo, a afeição da criança. Mas esta já existiria se a ligação tivesse sido formada antes do nascimento*”¹².

Como e quando Kristina “soube” da rejeição? Os pesquisadores não têm ainda todas as respostas. Sabe-se, no entanto, que, desde o zigoto, existe a comunicação fisiológica ou biológica intensa, entre os dois seres, intermediada por hormônios, neurotransmissores, substâncias do sistema de defesa etc.; tudo devidamente registrado pela extraordinária capacidade de memorização do embrião, desde a formação da célula-ovo.

Por esses e outros dados, a Dra. Joanna Wilhelm afirmou, com justa razão([Wilhelm, 1997](#)):¹³ “*Se conceituarmos inteligência como a capacidade para autogerir-se mentalmente; adaptar-se e adequar-se a situações novas; selecionar condições e aproveitar experiências – o que implica aprendizado e memória –, podemos concluir que de fato elas estão presentes no feto desde o período inicial da gestação*”.

Por tudo isso, concluímos que existe uma individualidade no feto que não pode ser marginalizada como se fosse a massa amorfa de um tumor que se pudesse extrair por decisão da mulher.

➤ **O feto teria memória antes da formação do cérebro?**

Em meados da década de 1980, a neurocientista Candace Pert e colaboradores, no National Institute of Mental Health, em Maryland, realizaram pesquisas com neurocondutores e os resultados causaram verdadeira revolução conceitual. A Dra. Pert identificou um grupo de neuropeptídeos – moléculas fabricadas pelo Sistema Nervoso –, que permitem o diálogo entre os sistemas nervoso, imunológico e endócrino. Ela chegou a esses resultados, realizando o mapeamento através de moléculas radioativas, o que lhe permitiu rastrear as ações nas diferentes partes do organismo.

O sistema nervoso, constituído do encéfalo e da rede de células nervosas espalhadas por todo o corpo, é a sede da memória, do pensamento e da emoção. O sistema endócrino, formado pelas glândulas endócrinas e os hormônios, é o regulador do organismo, integrando as várias funções somáticas. O sistema imunológico, que abarca o baço, a medula óssea, os nódulos linfáticos e células imunológicas que circulam no corpo, é o sistema de defesa do organismo, responsável pela integridade dos tecidos, controle e cura das feridas, restauração dos tecidos e combate aos ataques à economia orgânica. Pois bem, as pesquisas da Dra. Pert demonstraram que estes sistemas estão interligados, formando uma única rede psicossomática.([Pert, 2010](#))

Constatou-se que cerca de 60 a 70 desses neuropeptídeos, antes somente conhecidos como hormônios, neurotransmissores, endorfinas, fatores de crescimento, etc., constituem o principal meio de veiculação de informações dentro do cérebro e do corpo, contando para isso com receptores específicos.

Estes estão espalhados na superfície de todas as células, transformando o corpo-cérebro em um único sistema de comunicação interacional.

É preciso enfatizar, portanto, que o corpo-cérebro representa o substrato físico da memória – ou mente – que, além deste, conta ainda com outro, imaterial, a informação que circula dentro dele. A memória, assim, está espalhada pelo corpo todo e se expressa por outras vias que não aquelas comumente relacionadas.

A partir desses estudos, é possível compreender que, além dos vários tipos de memória comumente considerados: recente, antiga, semântica, autobiográfica, afetiva, perceptiva, motora, de reconhecimento, de recordação etc., há os registros embrionários, inclusive a “memória celular”. Neste último caso, é preciso considerar os registros mnemônicos (*imprints*) das experiências vividas pelas duas células reprodutoras básicas – espermatozoide e óvulo – que trazem, assim, um patrimônio de “memórias” para o zigoto ou célula-ovo. A descoberta da memória celular com o mapeamento de 60 neuropeptídeos que estocam informações imunológicas, endocrinológicas e neurológicas, fazendo circular informação em todo o corpo, entusiasma os especialistas, que têm agora, não só importantes explicações para melhor compreensão das patologias de sua área de atuação, como também perspectivas maiores de ampliar os recursos terapêuticos.

Esses resultados indicam, claramente, a potencialidade extraordinária de uma única célula – o zigoto ou célula-ovo –, que traz em si mesma um patrimônio considerável de força, vitalidade e criatividade.

Por essas experiências da Dra. Candace Pert, constatamos que a memória independe de sistema nervoso perfeitamente estruturado e funcionando, porque já existem dezenas de neuropeptídeos circulando, desde o início da embriogênese.

Por exemplo, em um embrião de sete semanas, já se detecta a presença de endorfinas, uma dessas substâncias que faz o diálogo entre os sistemas nervoso, endocrinológico e imunológico.

Mesmo no anencéfalo, feto que possui somente parte do córtex ou apenas o diencéfalo, cérebro ligado à função inconsciente, vegetativa, estes neuropeptídeos já circulam, desde o começo da gestação, ainda que de forma imperfeita.

Ainda com relação à memória há outro contexto da investigação. A psicoterapia transpessoal já detectou o armazenamento, na fase adulta, de lembranças que ocorreram muito no início da vida intrauterina e que, sob hipnose, o indivíduo é capaz de resgatar. Muitos bebês rejeitam suas mães ao nascerem por guardarem lembranças desagradáveis da vida intrauterina, como o pensamento de rejeição ou a tentativa de aborto, conforme tivemos oportunidade de ver no caso do bebê Kristina.

Para concluir este resumo sobre a memória, queremos lembrar um dos grandes paradoxos da Biologia Molecular, que ainda está para ser decifrado pelos neurobiólogos, o da renovação perpétua das moléculas do sistema nervoso, em contraposição ao armazenamento da memória por 80 anos ou mais da vida do indivíduo. Com a breve duração das moléculas que compõem as sinapses do sistema nervoso, fica difícil explicar, com a teoria reducionista materialista, a persistência da memória por décadas a fio.

O mesmo já não acontece se recorrermos às hipóteses explicativas de Rupert Sheldrake e Hernani Guimarães Andrade, uma vez que a memória ficaria armazenada no campo imaterial estruturador da forma, independentemente, da matéria física, cuja característica é a da renovação constante.

➤ O acaso explicaria a origem da vida?

A partir deste ponto, o debate sobre o aborto provocado nos leva a um nível ainda mais profundo. Pois o mistério da complexidade do feto é o mistério da própria vida, de modo que temos de nos debruçar sobre esse tema fascinante se quisermos responder por completo à pergunta: “Onde começa a vida?”. Não há dúvida de que o assunto “origem da vida” é bastante complexo, mas é indispensável tocar nele, quando se pretende descobrir o real significado da existência humana.

Não será possível desenvolvê-lo mais amplamente, aqui, como o fizemos em *O Clamor da Vida* (Nobre, 2000), apenas tocaremos em alguns pontos relevantes para o encaminhamento da discussão.

A teoria darwiniana não pode explicar suficientemente todo o processo evolutivo, isto é, o surgimento da vida. A teoria do acaso tem sido a maneira fácil de retratar a ignorância sobre o assunto. Em *O Acaso e a Necessidade*, um dos seus defensores Jacques Monod (Monod, 2006), sustenta a idéia: ensaios, erros e acertos teriam levado as primeiras moléculas ao pleno desenvolvimento; a evolução poderia ser compreendida como um jogo: de um lado, haveria a intervenção das mutações no material genético dos seres vivos; de outro, a seleção natural, tal como a concebeu Darwin.

No entanto, François Jacob (Jacob, 1970),¹⁵ que compartilhou o prêmio Nobel de Fisiologia e Medicina de 1965, com Monod, destrói o argumento da casualidade. Em *La Logique du Vivant* (*A Lógica do Ser Vivo*), ele demonstra que o tempo e a aritmética se opõem a essa evolução patrocinada por microeventos, com as mutações acontecendo cada uma ao acaso: para se extrair de uma roleta, golpe a golpe, cada uma das 100 mil cadeias protéicas que compõem o corpo de um mamífero seria preciso um tempo muito superior àquele da duração do sistema solar, segundo os cálculos da própria ciência, o que, por si só, elimina a tese de que a vida possa ter surgido por acaso.

Outro cientista que demonstra a impossibilidade de ater-se ao acaso para explicar a transformação de átomos em corpos humanos é Michael Behe, professor-adjunto de bioquímica da Universidade de Lehigh, Pensilvânia, EUA, autor do instigante livro, *A Caixa Preta de Darwin* (Behe, 1997b), que faz críticas à teoria darwiniana, e apresenta a sua própria, a Teoria do Planejamento Inteligente. “Dizer que a evolução darwiniana não pode explicar tudo na natureza, não equivale a dizer que a evolução, a mutação e a seleção natural não ocorram”, ressalta ele, reconhecendo que ela constituiu um grande avanço conceitual¹⁶.

Coloca-a, no entanto, em xeque, demonstrando, ao estudar a macroevolução, a impossibilidade de explicar-se, através da seleção natural e das mutações aleatórias, os grandes saltos evolutivos, como, por exemplo, o que ocorreu no período cambriano, com o aparecimento

de uma fauna e flora luxuriantes, em contraste com o longo silêncio dos períodos anteriores. Na verdade, esses longos períodos estáveis são a norma, de modo que as súbitas transições não podem ser explicadas pelas mutações aleatórias da teoria darwinista.

A tentativa de Stephen Jay Gould e Niels Eldredge com a teoria do Equilíbrio Pontuado ([Gould e Gould, 2009](#)) para explicar esses períodos muito breves de grande explosão de novos animais e plantas, em meio a outros, em que milhões de anos transcorrem, sem grandes mudanças, é obrigada a socorrer-se do acaso criador, transformado assim em um deus. Outro embasamento não possui a teoria Neutralista do geneticista Motoo Kimura (*The Neutral Theory of Molecular Evolution*) ([Kimura, 1985](#)) ao pretender explicar as flutuações estatísticas aleatórias (ou desvio genético): elas ocorreriam também “ao acaso”. Na mesma linha de pensamento, reconhecendo que a teoria darwiniana tem falhas, o matemático Stuart Kauffman (Teoria da Complexidade) socorre-se da hipótese do acaso, ao afirmar que os fundamentos do ser vivo podem surgir espontaneamente através da auto-organização, uma maneira de eludir a dificuldade¹⁷.

Michael Behe comenta que nenhum dos dois, nem Kimura nem Kauffman, explicam como as estruturas bioquímicas específicas surgiram. No caso da teoria de Kauffman, ficam de fora todos os aspectos específicos dos organismos, porque ele os reduz à categoria de símbolos matemáticos, manipulando-os em seguida. Mas “*a natureza é lixiviada*”, acentua Behe.

De fato, a matemática é instrumento poderoso, mas “*útil à ciência apenas quando os pressupostos com que inicia a análise são verdadeiros*” ([Behe, 1997a](#))¹⁸. A teoria de Kauffman seria, assim, uma ilusão, insuficiente como as explicações de Darwin e de Dawkins acerca dos sistemas bioquímicos complexos.

➤ **Seria casual o arranjo das partes de uma célula?**

Aos que continuam ainda aferrados às forças cegas do acaso, Michael Behe ([Behe, 1997a](#)) pede explicações científicas quanto à formação de estruturas complexas, tais como o olho humano, o cílio ou flagelo; a coagulação sanguínea etc. É preciso que os defensores dessas forças deem uma descrição detalhada, passo a passo, do processo pelo qual a mutação aleatória e a seleção natural foram capazes de construí-las ao longo de bilhões de anos de evolução. Não vale apenas dizer que isto se deu por acaso, é preciso que se demonstrem, através de explicações bioquímicas genuínas, quais foram e como se uniram os componentes dessas estruturas.

Até agora, o seu pedido não obteve nenhuma resposta plausível.

Ao contrário dos apologistas do acaso, Behe concluiu, tomando por base o espantoso progresso das pesquisas, que a célula obedece a uma programação e afirma, corajosamente, que os cientistas não têm mais como se omitir: o ser vivo só pode ser explicado pela Teoria do Planejamento Inteligente.

Do estudo bioquímico da célula, diz ele, vem um grito de certeza: “*Planejamento!*”, nela existe o “*arranjo intencional das partes*”. Enfim, não há como fugir: a investigação da célula deixa claro o planejamento. A questão volta-se toda para o planejador.

Muitos acham que “*não constitui boa ciência oferecer o sobrenatural como explicação de um evento natural*”. Em realidade, a interferência do acaso, como força criadora e organizadora, seria mais sobrenatural do que agente inteligente desta ordem.

Behe não vê razão para o temor de que as explicações sobrenaturais derrotem a ciência: “*O compromisso filosófico de alguns indivíduos com o princípio de que nada existe além da natureza não deve ter permissão de interferir em uma teoria que flui naturalmente de dados científicos observáveis*”²⁰. Respeitemos as conquistas da ciência – aconselha –, porque sobreviveremos a todas as suas mudanças conceituais tal como já o fizemos no passado.

Outros pesquisadores também já estão convencidos de que as explicações com fundamento na casualidade são absolutamente insatisfatórias. M. Schutzenberg afirma que é preciso “*ter uma fé quase cega na teoria darwiniana para acreditar que apenas o acaso poderia ter produzido na linhagem dos pássaros todas as modificações necessárias para transformá-los em máquinas voadoras altamente eficientes. Ou que as mutações aleatórias teriam levado à linhagem de mamíferos depois da extinção dos dinossauros – dado que os mamíferos estão muito longe dos dinossauros ao longo do caminho que conduz dos peixes aos répteis*” ([Laszlo, 2003](#))²¹.

Lynn Margulis, professora emérita de biologia da Universidade de Massachusetts, ecologista, escritora, afirma que o neodarwinismo é fundamentalmente falho, porque está baseado no paradigma reducionista, e acentua que a história acabará por julgá-lo uma “*pequena seita religiosa do século XX, dentro da fé religiosa da biologia anglo-saxônica*”²². ([Behe, 1997a](#)) Margulis tem também uma hipótese explicativa para a evolução: em lugar da competição e da luta, propostas por Darwin, o progresso na escala filogenética dar-se-ia, através de cooperação e simbiose. Nesse caso, os organismos se ajudam, conjugam forças, e realizam juntos o que não podem fazer separados.

O que temos visto é que o ser vivo é um mistério para os cientistas, embora eles não gostem de confessá-lo publicamente. De onde vem esse desânimo? O que há de verdade sobre as origens? Sabe-se muito pouco, apesar dos esforços exaustivos de cientistas notáveis, a maioria deles justamente condecorados com o Prêmio Nobel, pela excelência de suas produções, em suas áreas de especialização.

Francis Crick, um dos descobridores da dupla hélice de DNA, morto recentemente, diante do mistério das origens, declarou: “*Um homem sensato, armado de todo o saber à nossa disposição hoje, teria a obrigação de afirmar que a origem da vida parece atualmente dever-se a um milagre, tantas são as condições a reunir para viabilizá-la*”²³. ([Guitton, Bogdanov et al., 1992](#))

De fato, um estudo desapassionado revela que a vida dança no fio da navalha: se uma das constantes físicas universais, por exemplo – a velocidade da luz, a constante gravitacional ou a de Planck – tivesse sido submetida, na origem, a uma alteração ínfima, o Universo não teria tido nenhuma chance de abrigar seres vivos e inteligentes. Este simples fato deveria alertar os defensores das teorias embasadas no acaso quanto à existência de um projeto, de uma finalidade no Universo. Se fossem mais humildes, perceberiam a imensa sabedoria por detrás de tudo isso e o tamanho da nossa ignorância em abarcá-la e reconhecê-la.

➤ **Quantas enzimas o acaso colocaria dentro de uma célula?**

A vida é um fenômeno tão complexo que os especialistas ainda não conseguiram chegar a um consenso para defini-la. E é exatamente esta complexidade que nos permite rejeitar a tentativa de explicá-la mediante o acaso. E a esta tarefa se tem dedicado grupos de pesquisadores a partir dos extraordinários avanços da biologia molecular que lhes tem permitido devassar a intimidade da célula, demonstrando a incapacidade das teorias do acaso explicarem o fenômeno vida.

Nesse sentido, encontramos o livro *Deus e a Ciência* ([Guitton, Bogdanov et al., 1992](#)), escrito pelo filósofo Jean Guitton e dois doutores em Física teórica, Igor e Grichka Bogdonov. Tomemos um caso concreto relatado por Grichka Bogdonov. Uma célula viva é composta de uns vinte aminoácidos que formam uma cadeia compacta; esses aminoácidos, para funcionarem, dependem de cerca de duas mil enzimas específicas.

Biólogos e matemáticos calcularam a probabilidade de que mil enzimas diferentes, portanto a metade do necessário, pudessem juntar-se ao acaso, de modo ordenado, para formar uma célula viva ao longo de uma evolução de bilhões de anos: a probabilidade de que isto viesse a acontecer é da ordem de 10 elevado a 1.000 contra um. Uma impossibilidade estatística: a vida, portanto, não pode ter surgido por acaso.

Daí concluir Igor Bogdanov que a aventura da vida desde as formas primárias até as mais elevadas conduzem à admissão de um princípio organizador que as conduzisse através de uma escada ascendente. Há, portanto, “um fenômeno de ordem subjacente” que conduz inelutavelmente ao surgimento da vida. O Grande Planejador de Behe é a Sublime Consciência do Universo – Deus –, que estaria por trás dessa ordem subjacente. Ele seria o Supremo despenseiro da Vida. ([Guitton, Bogdanov et al., 1992](#))

Isso nos leva a concluir que a vida é, sim, um bem outorgado, indisponível, inalienável, que transcende os limites estreitos da matéria.

➤ **Por que ordem a partir da desordem?**

Desde os filósofos gregos, tomamos conhecimento do movimento perpétuo dos átomos, mas só no século dezenove ele foi confirmado, sendo também chamado de agitação térmica, apresentando-se, de modo geral, completamente desordenado.

Eles movem-se, vibram, rodopiam, colidem, naturalmente, sem que necessitem de nenhuma força motriz para isso. Nos organismos vivos, porém, os átomos abandonam esse movimento caótico natural, e passam a ter um comportamento ordenado.

Não deixa de ser impressionante, como observou E. Schrödinger (citado por Margulis ([Margulis e Sagan, 2002b](#))²⁶, a capacidade do organismo vivo de concentrar um “fluxo de ordem” para si mesmo e escapar, dessa forma, de decaimento no caos atômico – de “absorver ordem” de um ambiente conveniente.

Ao contrário, portanto, do que ocorre com a matéria inanimada, o Universo do vivente é caracterizado por um grau de ordem crescente: enquanto o Universo físico caminha em direção a uma entropia cada vez mais elevada, o vivente percorre, de certo modo, a corrente contrária, para criar cada vez mais ordem.

Por que razão o ser vivo surge, assim, como uma estrutura ordenada no seio do caos?

Segundo a visão reducionista, a explicação estaria na constituição da molécula orgânica que possui um número muito grande de átomos; com a cooperação entre eles, as leis estatísticas começam a operar e a manter um controle sobre o comportamento desses conjuntos, passando o movimento a ser ordenado.

É o que acontece com toda a expressão de vida até hoje conhecida na Terra, que se baseia em uma ou duas centenas de unidades – as chamadas “moléculas da vida” – os aminoácidos e os nucleotídeos –, que contêm entre 10 e 100 átomos.

Sem dúvida, a constituição da molécula orgânica é importante, mas, por si só, não explica a complexidade da vida, razão pela qual a célula é “lixiviada”. E mais ainda, o organismo vivo tem um modo específico de organização, nele, o ser e o fazer são inseparáveis.

Com a impossibilidade de se explicar a vida através do paradigma cartesiano – que reduz o funcionamento de um sistema complexo como o do ser vivo às propriedades de suas partes – especialistas introduziram na biologia, nas primeiras décadas do século XX, o pensamento sistêmico. Para estes, os organismos seriam descritos por seus elementos químicos, mais relações organizadoras. Desse modo, os seus componentes estariam relacionados à maneira de rede; tudo o que acontece num ponto dela influenciaria o conjunto. Surgiu assim, em contraposição ao reducionismo, a teoria da auto-organização, fundamentada, principalmente, nas idéias de Maturana e Varela, Gregory Bateson e Prigogine, associadas às da matemática da complexidade, de Kaufmann, citados por Capra(Capra, 1996).²⁷ Embora tenha trazido esclarecimentos importantes, esta teoria não oferece, todavia, nenhuma pista aceitável quanto à transição do inanimado para o animado.

Outra teoria bem antiga é a do vitalismo, que preconiza a presença de uma estrutura imaterial no ser vivo, responsável por sua estrutura ordenada no seio do caos e pelo armazenamento de todas as suas experiências. Embora a maioria dos pesquisadores a rejeite, para os que a aceitam, chamados atualmente de neovitalistas, ela permanece como única explicação plausível.

➤ **Por que a vida obedece a convenções?**

Além de gerar ordem, o ser vivo obedece a convenções inexplicáveis que denunciam um princípio diretor que não o acaso. Na intimidade dos átomos, os elétrons promovem ligações entre eles – ligações covalentes –, possibilitando, assim, a construção de moléculas mais duráveis. Além desta convenção, há uma considerada universal: a dos aminoácidos “esquerdos”, isto é, que possuem quiralidade esquerda, e a dos açúcares “direitos”, de quiralidade direita.

Entende-se por quiralidade a propriedade geométrica que caracteriza a não identidade de um objeto em relação à sua imagem no espelho. A mão direita e a esquerda são exemplos de objetos quirais, antípodas um do outro (imagens um do outro no espelho). A respeito desse arranjo, Gairns-Smith indaga: “*O fato de esta simples convenção ser universal constitui uma das características mais singulares da unidade da bioquímica. Qual terá sido a origem deste acordo?*”²⁸([Gairn-Smith, 1986](#)).

Abdus Salam, notável físico que, juntamente com Steven Weinberg e Sheldon Glashow, obteve o Prêmio Nobel de Física em 1979, pelo trabalho sobre a unificação da força eletromagnética com a nuclear fraca (força eletrofraca) acredita que a resposta esteja na Sabedoria de Deus, que criou a força organizativa da vida. Suas pesquisas demonstraram “*que os aminoácidos de quiralidade esquerda e os açúcares de quiralidade direita são muito mais estáveis que as moléculas de quiralidades opostas*”, sendo essa a razão pela qual a natureza escolheu unicamente esse tipo de arranjo vital ([Salam, Dirac et al., 1991](#))²⁹. Salam acredita que a força eletrofraca é de origem divina, e que Deus criou a partícula Zo para fornecer quiralidade às “moléculas da vida”.

O físico Grichka Bogdonov comenta a respeito dessas forças e afirma que o acaso não pode explicá-las. “*Por exemplo, existe na química um princípio hoje conhecido pelo nome de “estabilização topológica de cargas”. Essa “lei” implica que as moléculas que comportam, em sua estrutura, cadeias de átomos em alternância*

(especialmente o carbono, o nitrogênio e o oxigênio) *formam, ao se reunir, sistemas estáveis. De que sistemas se tratam? Estes elementos nada mais são do que as peças fundamentais que compõem a mecânica do vivente: os aminoácidos. Sempre segundo a mesma lei de afinidade atômica, eles vão se reunir, por sua vez, para formar as primeiras cadeias desses preciosos materiais de vida que são os peptídeos*”. ([Guitton, Bogdanov et al., 1992](#))³⁰

E há ainda mais convenções e mais incógnitas: como os genes aprenderam a se recopiar? Como se dá a ligação geneproteína? Enfim, é preciso que se explique como se dá o perfeito entrosamento entre o *hardware* e *software*, a razão da escolha exata do alfabeto de aminoácidos e do conjunto de correspondências entre as letras de aminoácidos e as palavras de ácido nucleico – o código genético.

Para isso, é preciso lembrar outra “lei” inscrita na matéria que permitiu o prodígio da reprodução. Vejamos como a explica o físico Igor Bogdanov: “*os aminoácidos mais polares (isto é, os que comportam uma carga eletrostática elevada)*

são espontaneamente atraídos por moléculas nitrogenadas, enquanto os menos polares agregam-se antes a outras famílias, como a da citosina. Assim nasceu o primeiro esboço do código genético: ao se aproximar de certos nucleotídeos (e não de alguns outros), nossos famosos aminoácidos elaboraram lentamente os planos de sua própria construção, depois os instrumentos e materiais destinados a fabricá-los”³¹.([Guitton, Bogdanov et al., 1992](#))

Estas operações poderiam ser produzidas pelo acaso? Um acaso mais inteligente do que a inteligência humana? Como um jogo de loteria poderia explicar a vida e a própria inteligência do homem? A palavra mistério com que muitos investigadores procuram esconder a própria

ignorância sobre a origem da vida não resolve o problema. É um modo apenas de escamotear a verdade: o acaso não pode explicá-la.

Nos elementos infinitesimais que compõem a célula, nas chamadas nanoferramentas, há ordem a partir da desordem, entrosamento perfeito de informações incrivelmente complexas e produtividade total, incomparavelmente superior à mais organizada das fábricas terrenas. Esta constatação levou Paul Davies a escrever: “*O milagre da vida não é que ela seja feita de nanoferramentas, mas que essas diversas partes minúsculas estejam integradas de um modo altamente organizado*”.(Davies, 2000)³²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O inventário minucioso do fenômeno vida levou-nos invariavelmente à mesma conclusão: A vida é uma concessão, um bem outorgado, do qual não se pode dispor.

O fato é que o ser humano nem de longe, nem de perto, “fabricou” moléculas da vida. Nunca conseguiu, nos tubos de ensaio, utilizando as condições prebióticas, a síntese de ribossomos, proteínas, nucleotídeos, enfim, de substâncias químicas básicas que entram na fórmula do ser vivo. Isto só vem reforçar a certeza da existência de uma Inteligência Superior na base do planejamento da vida, que não consegue ser entendida ainda dados os poucos recursos da inteligência humana.

Diante de um organismo vivo, a questão básica é esta: Quem tem o direito de eliminá-lo? O médico? A mãe? O pai? O Estado? Do ponto de vista ético, quem deve decidir se um ser vive ou morre?

Fernando de Magalhães, ilustre jurista de nosso país, responde, com convicção, “*o embrião é um sujeito de Direito e pelo Código Civil todo sujeito de Direito é uma pessoa, é um indivíduo, é alguém. E pelo Código Penal, matar alguém é crime*”.(Papaleo, 1993)³³

Este é o ponto de vista da Ciência também.

O embrião, portanto, não pertence à mãe, ao pai, ao juiz, à equipe médica, ao Estado. Pertence, exclusivamente, a ele mesmo, porque a vida lhe foi outorgada, é um patrimônio intrínseco, inerente à sua condição de organismo humano vivo.

Mesmo no caso do feto anencéfalo, é crime, porque o fenômeno vida não é da alçada humana, a não ser para salvá-la; para eliminá-la, jamais.

Aprendemos, com a genética, que a diversidade é a nossa maior riqueza coletiva. E o feto anômalo, mesmo o portador de grave deficiência, como é o caso do anencéfalo, faz parte dessa diversidade. Deve ser, portanto, respeitado. Reconhecemos que a mulher, ao gerar um feto deficiente, pode precisar de ajuda psicológica. Mas uma mulher que abortar intencionalmente encontrar-se-á em situação muito pior, carregando o complexo de culpa a carecer ainda mais de ajuda psicológica.

Isto é algo que os defensores do aborto nunca comentam, mas é comum e traz muito sofrimento. Trata-se da depressão que surge, geralmente, à época da menopausa, tendo como causa o complexo de culpa por aborto praticado. Hanna Wolff, analista junguiana, entre outros psicoterapeutas, constatou, ao longo de sua experiência como terapeuta, essa ligação muito próxima entre aborto e depressão: “*É precisamente a facilidade com que, hoje, é possível abortar, a causa das depressões de tantas mulheres na idade da menopausa. Aquelas que antes eram as primeiras a defender o direito de ‘gerir o próprio corpo’, vemo-las, depois, prostradas em sua própria infelicidade. A psique não conseguiu superar a barbárie do aborto. É que, sobre isso, os nossos legisladores nada entendem, e muito menos os tais ‘especializados’ a que estes mesmos legisladores recorrem para resolver o assunto*”.(Wolff, 1996)

Não se pode deixar de aplaudir o extraordinário esforço desenvolvido pelas clínicas de Medicina Fetal que realizam, rotineiramente, graças aos avanços da tecnologia, intervenções cirúrgicas intrauterinas, com vistas à cura de doenças que poderiam se agravar ou tornarem-se irreversíveis, após o parto. Já não podemos concordar quando elas aconselham às mães o abortamento no caso de anomalias fetais.

Constatamos, com pesar, que setores do Governo, do Judiciário, e da sociedade têm incentivado, de forma contundente, a legalização do aborto em nosso país. Esperamos que esta triste hipótese não venha a se concretizar, contudo, é impossível deixar de imaginar como seria a aplicação da prática abortiva às camadas mais pobres de nossa população, tendo em vista a insuficiência de leitos até mesmo para as nossas gestantes. Diante dessa situação, não seriam as clínicas particulares as mais interessadas na legalização? E seria razoável empregar o dinheiro arrecadado com os impostos para sustentar clínicas comprometidas com a morte e não com a vida, em evidente distorção da verdadeira missão da Medicina? Não seria muito mais lógico empregá-lo em campanhas educativas maciças sobre maternidade e paternidade responsáveis, com a implantação efetiva e permanente de um programa de planejamento familiar?

Esperamos, com toda sinceridade, que o bom-senso e o verdadeiro espírito de fraternidade prevaleçam nas decisões dos legisladores de nosso país, porque é certo que tudo aquilo que um povo coloca na Constituição, como lei máxima a reger-lhe os destinos, isto mesmo recolherá da Justiça Divina – Instância Superior à qual todos nós estamos subordinados. Por tudo quanto vimos, fica evidente, para nós, que aqueles que se envolvem, qualquer que seja sua profissão, na causa pró-aborto, estão contribuindo, de forma efetiva, para o crescimento da violência no mundo.

Referências:

ANDRADE, H. G. **Espírito, perispírito e alma: ensaio sobre o modelo organizador biológico.** Editora Pensamento, 1984. Disponível em: <
<http://books.google.com.br/books?id=sMdgGwAACAAJ>>.

BEHE, M. J. **Caixa preta de Darwin: o desafio da bioquímica à teoria da evolução**. Jorge Zahar Editor, 1997a. ISBN 9788571104129. Disponível em: < <http://books.google.com.br/books?id=VISZAAAACAAJ> >.

_____. **Publicar ou Perecer**. In: (Ed.). **Caixa preta de Darwin: o desafio da bioquímica à teoria da evolução**: Jorge Zahar Editor, 1997b. cap. 8, parte III, p.165-186. ISBN 9788571104129.

CAPRA, F. **Uma Nova Síntese**. In: (Ed.). **Teia da Vida, A**: Editora Cultrix, 1996. cap. 7, p.119-132. ISBN 9788531605567.

CHABANIS, C. **Dieu existe-t-il ? Non répondent: Pascal Anquetil - Raymond Aron (Membre de l'Institut) - Charles Boule - Denise Calippe - Juliette et André Darle - Pierre Debray-Ritzen - Jacques Duclos - Georges Elgozy - Roger Garaudy - Alfred Grosser - Daniel Guérin - Eugène Ionesco (de l'Académie française) - François Jacob (Prix Nobel) - Alfred Kastler (Prix Nobel) - Claude Lévi-Strauss - Isabelle Meslin - Edgar Morin - Henri Petit - Jean Rostand (de l'Académie française) - Jean Vilar**. Fayard, 1973. Disponível em: < <http://books.google.com.br/books?id=xLOGkgEACAAJ> >.

DAVIES, P. **QUINTO MILAGRE, O: EM BUSCA DA ORIGEM DA VIDA**. COMPANHIA DAS LETRAS, 2000. ISBN 9788571649934. Disponível em: < <http://books.google.com.br/books?id=bLNrKw7HLtYC> >.

DAWKINS, R. **Espirais imortais**. In: (Ed.). **O gene egoísta**: COMPANHIA DAS LETRAS, 2007. cap. 3, ISBN 9788535911299.

DECASPER, A. J.; FIFER, W. P. **Of Human Bonding: Newborns Prefer their Mothers' Voices**. **Science**, v. 208, n. 4448, p. 1174-1176, Jun. 6, 1980 1980. Disponível em: < [http://people.uncw.edu/hungerforda/Graduate Developmental/PDF/decasper.pdf](http://people.uncw.edu/hungerforda/Graduate%20Developmental/PDF/decasper.pdf) >.

FÉDIDA, P.; LECOURT, D. **L'embryon humain est-il humain?** Presses Universitaires de France, 1996. ISBN 9782130481362. Disponível em: < <http://books.google.com.br/books?id=7av5AAAACAAJ> >.

GAIRN-SMITH. **SETE PISTAS PARA A ORIGEM DA VIDA: UMA HISTORIA CIENTIFICA CONTADA A MANEIRA DE UM ROMANCE POLICIAL**. PRESENÇA II, 1986. ISBN 9789722302142. Disponível em: < <http://books.google.com.br/books?id=ZMvFSAAACAAJ> >.

GOULD, S. J.; GOULD, S. J. **Punctuated Equilibrium**. Harvard University Press, 2009. ISBN 9780674037847. Disponível em: < <http://books.google.com.br/books?id=cgKUZXeRoOYC> >.

GUITTON, J. et al. **Deus e a ciencia em direção ao metarrealismo**. Nova Fronteira, 1992. ISBN 9788520903810. Disponível em: < <http://books.google.com.br/books?id=QXkeQAAACAAJ> >.

JACOB, F. **La logique du vivant: une histoire de l'hérédité**. Gallimard, 1970. Disponível em: < <http://books.google.com.br/books?id=99XaAAAAMAAJ> >.

JONES, S.; MAFRA, I.; COSTA, J. V. **A linguagem dos genes: biologia, história, evolução**. Difusão Cultural, 1985. ISBN 9789727092437. Disponível em: < <http://books.google.com.br/books?id=mJ5jPgAACAAJ> >.

KIMURA, M. **The Neutral Theory of Molecular Evolution**. Cambridge University Press, 1985. ISBN 9780521317931. Disponível em: < <http://books.google.com.br/books?id=olIoSumPevYC> >.

LASZLO, E. **The Connectivity Hypothesis: Foundations of an Integral Science of Quantum, Cosmos, Life, and Consciousness**. State University of New York Press, 2003. ISBN 9780791457863. Disponível em: < <http://books.google.com.br/books?id=oHmyFAhaTMgC> >.

MARGULIS, L.; SAGAN, D. 50 Anos depois. In: (Ed.). **O Que É Vida?**: Jorge Zahar Editor Ltda, 2002a. cap. 4, p.58. ISBN 9788571106413.

_____. Vida, o eterno enigma. In: (Ed.). **O que é Vida?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda, 2002b. cap. 3, p.20-21. ISBN 9788571106413.

MELLOR, A. L.; MUNN, D. H. Ido expression by dendritic cells: tolerance and tryptophan catabolism. **Nature Reviews Immunology**, v. 4, p. 762-774, 2004.

MONOD, J. **O acaso e a necessidade: ensaio sobre a filosofia natural da biologia moderna**. Vozes, 2006. ISBN 9788532632197. Disponível em: < <http://books.google.com.br/books?id=vldLSAAACAAJ> >.

NATHANSON, B. **La mano de Dios: Autobiografía y conversión del llamado "rey del aborto"**. Ediciones Palabra, S.A., 1997. ISBN 9788482397870. Disponível em: < http://books.google.com.br/books?id=vtauf_sVsv8C >.

NOBRE, M. O ClaMor da Vida. In: (Ed.), 2000. cap. 5, p.126.

PAPALEO, C. C. **Aborto e contracepção: atualidade e complexidade da questão**. Renovar, 1993. ISBN 9788571471719. Disponível em: < http://books.google.com.br/books?id=j_IPgAACAAJ >.

PERT, C. B. **Molecules of Emotion: The Science Behind Mind-Body Medicine**. Scribner, 2010. ISBN 9780684846347. Disponível em: < <http://books.google.com.br/books?id=f4ucU0hkqwAC> >.

PIONTELLI, A. **De Feto a criança - Um estudo observacional e psicanalítico**. Rio de Janeiro: IMAGO, 1995.

SALAM, A.; DIRAC, P. A. M.; HEISENBERG, W. **Em busca da unificação**. Gradiva, 1991. ISBN 9789726622109. Disponível em: < http://books.google.com.br/books?id=hm_fSAAACAAJ >.

SHELDRAKE, R. **Seven Experiments That Could Change the World: A Do-It-Yourself Guide to Revolutionary Science.** Riverhead Books, 1996. ISBN 9781573225649. Disponível em: < <http://books.google.com.br/books?id=EbN-jeLSHC8C> >.

SZEJER, M. **A escuta psicanalítica de bebês em maternidade. Conferências de Myriam Szejer no IV Encontro Brasileiro para o Estudo do Psiquismo Pré e Perinatal.** 1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

VERNY, T.; KELLY, J. **A vida secreta da criança ante de nascer.** São Paulo: C. J. Salmi, 1993.

WILHEIM, J. **Psicologia Pre Natal, O Que E.** Casa do Psicólogo, 1997. ISBN 9788585141882. Disponível em: < <http://books.google.com.br/books?id=FY-BXYmEpcC> >.

WOLFF, H. **Jesus psicoterapeuta: o comportamento de Jesus em relação ao homem, como modelo da moderna psicoterapia.** Paulinas, 1996. ISBN 9788573115673. Disponível em: < <http://books.google.com.br/books?id=uydNAwAACAAJ> >.
