



ACÇÃO MÉDICA
ORGÃO E PROPRIEDADE
DA A.M.C.P.

ANO LXXIV, Nº 3

SETEMBRO 2010

Fundador

José de Paiva Boléo

Director

J. Paiva Boléo-Tomé

Sub-Director

Alexandre Laureano Santos

Administradora
Ana Sarmento

Redactores

Abel Sampaio Tavares
Laureano Santos

Luís Rosário
José Augusto Simões

Vitor M. Neto
José E. Pitta Grós Dias

Conselho Científico

Walter Osswald
Levi Guerra
Daniel Serrão

Henrique Vilaça Ramos
Jorge Biscaia
José Pinto Mendes

Lesseps L. dos Reys

Número de Identificação: 501983589

ISSN – 0870 - 0311 – INTERNATIONAL STANDARD SERIAL NUMBER

Depósito Legal n.º 28367/89 – Dep. D.G.C.S. n.º 106542

Administração: Rua de Santa Catarina, 521 – 4000-452 PORTO – Telef. 222073610

<http://amcp.com.sapo.pt>

Redacção: Rua de Santa Catarina, 521 – 4000-452 PORTO – Telef. 222073610

Execução Gráfica: T. Nunes, Lda - Rua Novo Horizonte, 313 – Frejufe – 4475-839 MAIA

Tiragem: 1000 exemplares

**ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS
CATÓLICOS PORTUGUESES**

Sede: Rua de Santa Catarina, 521 — 4000-452 Porto

DIRECÇÃO NACIONAL

Presidente: Henrique Vilaça Ramos

Vice-Presidente: João Paulo Malta

Secretário: Maria Odília da Maia Madaíl

Tesoureiro: Ana Sarmento

Vogais: Jorge Pereira

José Augusto Simões

Maria Helena Torrão Fiadeiro

Rui Barreira

Assistente: Monsenhor Leal Pedrosa

Secretária: Maria de Fátima Costa

NÚCLEOS DIOCESANOS (PRESIDENTES)

Aveiro: Rogério Leitão

Braga: Maria Emília Duarte Oliveira

Coimbra: Augusto Pinto

Faro: Santos Matos

Guarda: Vítor Santos

Lisboa: Diogo Cunha e Sá

Porto: Nuno Trigueiros Cunha

Viana do Castelo: Avelino Gomes Amorim

Viseu: João Morgado

SUMÁRIO

ABERTURA: Objecção de Consciência – a Liberdade “por medida”	3
<i>J. BOLÉO-TOMÉ</i>	
A Deontologia do Estudante de Medicina	6
<i>J. Pinto MACHADO</i>	
Justiça em Saúde: um princípio inquestionável?	12
<i>Amélia da Conceição REGO DA SILVA</i>	
Objecção de Consciência no Conselho da Europa	26
<i>Alexandre LAUREANO SANTOS (trad. e coordenação)</i>	
BIOÉTICA: DESAFIOS E RISCOS	
• A Bioética numa encruzilhada – Daniel SERRÃO	57
• Quando na Bioética só interessam as consequências: o exemplo do aborto – Carlo BELLINI	67
• Os debates da encruzilhada bioética: a Eutanásia – Ferdinando CANCELLI	70
• Suicídio assistido: novo nome para a eutanásia activa – Pe. John FLYNN	72
• Eutanásia e Testamento Vital: limites indefinidos, riscos crescentes – redacção de «ACÇÃO MÉDICA»	77
• Manipulação genética: conquista científica ou presunção criadora? – redacção de «MEDICINA E PERSONA»	80
• «Dignitas Personae» e Bioética: os desafios da ciência e da técnica para a ética humana – Gonzalo MIRANDA	83
ARQUIVO: MÁ FÉ E DESINFORMAÇÃO	
• Ainda os ataques ao Papado – introdução de J. BOLÉO-TOMÉ	89
• Pio XII e os Judeus	90
• Bento XVI: má fé e desinformação	95
NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS	
• Papisa Joana: história de um Papa que nunca existiu	101
• AMCP e a assistência aos peregrinos em Fátima	103
• «Acção Médica» há 50 anos	105
RESUMOS	107

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Pagamento adiantado

Associados da A.M.C.P.: desde que a quotização esteja regularizada recebem a revista sem mais qualquer encargo. Por ano

37,50 €

Não Associados:

Portugal

Um ano (4 números)

20,00 €

Avulso

5,00 €

Estrangeiro

Acrescem as despesas de envio

Estudantes

10,00 €

"OBJECÇÃO DE CONSCIÊNCIA": A LIBERDADE POR MEDIDA

Vão longe, muito longe, os ecos terríveis da II Guerra Mundial, que levaram os representantes dos Povos a proclamar, em solene Declaração, que seriam excluídos «para sempre» todos os possíveis abusos, que colocassem em causa a dignidade fundamental de cada ser humano, o seu direito à vida, assim como todos os direitos inalienáveis da família humana, como fundamentos da liberdade, da justiça e da paz¹.

Vão mesmo muito longe as recordações dos horrores dos incríveis abusos que puseram em causa a liberdade, as bases mais elementares da dignidade, e mesmo o direito à vida de milhões de seres humanos. Tão longe que, os mesmos organismos internacionais e outros que vão nascendo como cogumelos políticos à sua sombra, vão introduzindo pouco a pouco, em nome de uma “liberdade” envolta em roupagens bem preparadas, verdadeiras violações do direito inalienável à vida e à liberdade de escolha, bases da justiça e da paz.

Libertadas das roupagens, apenas a forma e a linguagem que as esconde parecem torná-las diferentes dos horrores nazis ou soviéticos. Em passos cautelosos, para não acordar patetas ou distraídos, a ditadura do relativismo vai empurrando os valores fundamentais inalienáveis para o baú das inutilidades. Posse, Poder, Prazer, pilares e fonte do relativismo, continuam o seu trajecto “politicamente correcto”.

Porquê estas palavras amargas, que se vêm sobrepor a uma situação social já suficientemente dolorosa, aparentemente por razões diferentes?

¹ A Declaração da ONU sobre *Direitos Cívicos e Políticos*, diz textualmente: “[...] in accordance with the principles proclaimed in the Charter of the United Nations, recognition of the inherent dignity and of the equal and inalienable rights of all members of the human family is the foundation of freedom, justice and peace in the world”.

Está em causa mais um aspecto do direito à Liberdade, a Objecção de Consciência, até aqui respeitada por todas (ou quase todas) as legislações. Vejamos o que se está a passar:

A Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa (APCE) discutirá e votará no dia 7 de Outubro próximo, uma resolução sobre uma proposta, estreitamente ligada a uma liberdade fundamental. Este é o problema.

A proposta foi preparada pela Sra. Christine McCafferty (doc. 12347 de 20 de Julho 2010) sob a epígrafe “Acesso das Mulheres aos Cuidados de Saúde: o Problema da Utilização Não Regulamentada da Objecção de Consciência”.

Se for aceite pela APCE obrigará as instituições prestadoras de cuidados de saúde dos Estados Membros a facultar as intervenções em todos os domínios dos cuidados de saúde que os seus destinatários exigirem nos termos previstos pelas leis dos países (v. g., o aborto, a eutanásia, a esterilização), a despeito da objecção de consciência dos seus agentes. Obrigará, portanto, os médicos e todos os prestadores de cuidados de saúde a participar activamente em intervenções abortivas e ao exercício compulsivo de outras práticas, mesmo contra a sua consciência.

O risco da desobediência, em nome da objecção de consciência, pode conduzir ao despedimento, ou à não contratação de profissionais objectores. No caso das instituições hospitalares, as administrações estarão obrigadas a “obrigar” os profissionais ou a despedi-los.

Do mesmo modo, as instituições privadas de saúde, ou seguem as mesmas normas, ou serão excluídas de toda a espécie de contratos de assistência com o Estado.

É claro: tudo isto em nome da Liberdade. Esta é a sociedade de mentira que nos querem impor – e que nos vêm impondo. Há bem pouco tempo, a União Africana viu-se obrigada por organismos internacionais da ONU, a aceitar a introdução forçada da legalização do aborto nas leis fundamentais dos Estados associados, tendo por detrás a United Nations Population Fund (UNFPA). Ficou mais “livre” a União Africana; ficaram mais livres as mulheres africanas, tão abusadas de todas as formas. Como ficam mais livres todos os povos, quando todos rasgarem as leis biológicas e os valores imutáveis, e obedecerem à “igualdade mandada”.

Também nós ficaremos mais livres sem estes “especímenes dos objectores”. É que aqui, nesta Europa transformada, tal como na bem

conhecida Animal Farm, de Georges Orwell, «todos são iguais, mas uns são mais iguais do que outros». Por isso também pode acontecer, como nesta famosa fábula de 1944, que «os que se encontravam lá fora (os que não obedecem à “igualdade mandada”) olhavam do porco para o homem, do homem para o porco e novamente do porco para o homem, mas já era impossível distinguir uns dos outros».

Será assim em 2010 ou nos anos que se aproximam?

J. BOLÉO-TOMÉ

A DEONTOLOGIA DO ESTUDANTE DE MEDICINA*

J. Pinto MACHADO

A questão da Deontologia do estudante de Medicina é precedida, necessariamente, pela questão da ética do estudante de Medicina que, em essência, é uma ética de responsabilidade. Aliás, a responsabilidade é, quanto a mim, o valor ético que se identifica com a dignidade ontológica da Pessoa.

No primeiro debate que todos os anos oriento (sem dirigismo!) com os alunos que acabam de ingressar no Curso de Medicina da Universidade do Minho, debate sobre o tema «Ser Aluno de Medicina: Ética e Deontologia», apresento-lhes um poema meu «*Ser Responsável*», não pelo seu valor literário mas como desencadeador da reflexão participada que, em volta do tema da sessão se pretende conseguir. Vou lê-lo:

SER RESPONSÁVEL

É responder, é dar resposta.

Resposta pessoal.

É responder por uma missão,

Por um sentido,

* Intervenção no 9º Congresso Nacional de Bioética; Porto, Fundação Engº António de Almeida, 30 e 31 de Maio, 2008.

*Por uma razão de existir
É um sair de si para os outros
E aí, neles, se encontrar.
É ser para-com pelos outros
Porque ninguém pode ser quem é sozinho.
Ser responsável é responder
Pelos encontros gerados,
E pelos encontros regenerados,
E também pelos encontros desfeitos
E pelos encontros perdidos.
Ser responsável é a glória do Homem.*

Ser responsável é, pois, quanto a mim, o alvo ético nuclear de cuja elucidação decorrerá a deontologia consequente. Responsabilidade do estudante de Medicina relativamente a quem e a quem?

- Responsabilidade para com os futuros doentes;
- Responsabilidade para com a sociedade;
- Responsabilidade para com a Escola Médica;
- Responsabilidade para com os colegas, especialmente os do mesmo ano curricular e dos anos curriculares posteriores;
- Responsabilidade para com os candidatos ao Curso de Medicina que não conseguiram admissão e, contudo, a mereciam;
- Responsabilidade para consigo próprios.

Que valores são inerentes a estas seis responsabilidades? Tentei o exercício de encontrar uns poucos que fossem radicais e comuns a todas elas, e identifiquei três:

- o valor de competência
- o valor de respeito
- o valor de serviço (que, em tempos idos, teve, entre outros, significado de "donativo").

Estes três valores chegam para fundar e fundamentar uma "deontologia do estudante de Medicina", entendida como atitudes e comportamentos deles decorrentes e normas que visam o seu cumprimento.

Numa primeira perspectiva, maximamente abrangente, que integra tudo o curso de Medicina, elenco o seguinte "menú":

- Atitudes e comportamentos que decorrem do valor de competência:
 - cumprimento exigente das tarefas pedagógicas;
- Atitudes e comportamentos que decorrem do valor de respeito:
 - assiduidade e pontualidade
 - boas maneiras
 - lealdade
 - honestidade
 - auto-estima;
- Atitudes e comportamentos que decorrem do valor de serviço.
 - participação
 - disponibilidade
 - iniciativa
 - solidariedade.

Mantendo esta perspectiva générica, e passando para o domínio estrito da prática clínica, considero dominantes as seguintes atitudes e comportamentos:

- sigilo profissional, quer quanto aos doentes quer quanto aos serviços que o estudante frequenta;
- trato urbano com os doentes e seus familiares e com os profissionais de saúde com quem convive ou com quem fortuitamente contacta;
- sentido apurado de situação existencial do doente, especialmente se internado;

- não estar nem aquém nem além do que lhe compete;
- ausência absoluta de preconceito;
- protecção e defesa sempre que necessário, sem nunca ferir a equidade;
- participação construtiva na equipa de saúde, jamais caindo em comportamento de maledicência.

Todas estas atitudes e comportamentos devem ser expressos num "Compromisso Deontológico do Estudante de Medicina", solenemente proclamado no início do curso e, nos seus aspectos especificamente clínicos, ao iniciar-se a fase mais intensamente dedicada à convivência com dos doentes.

Tudo o que até agora disse não passa de discurso, que creio merecer consenso.

Onde "a porca torce o rabo" é quando se trata de traduzir o discurso em percurso, isto é, de procurar conseguir que toda esta axiologia seja integrada nos e pelos alunos como carácter indeclinável e indelével da sua identidade de aprendizes de medicina, pois "ser estudante de medicina" não é mera adjectivação administrativa mas qualidade substantiva, ontológica.

No Curso de Medicina da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho tenta-se esta "transubstanciação" por três vias:

- a) debates éticos e deontológicos ao longo do curso;
- b) acompanhamento contínuo de aprendizagem, atitudes e comportamentos pelos docentes da área curricular em desenvolvimento e supervisão e atendimento por mentores;
- c) introdução, na fórmula de cálculo da classificação final de cada área curricular, da avaliação das atitudes e comportamentos, sendo uma apreciação negativa razão bastante de reprovação. As atitudes e comportamentos avaliados na formação clínica são os seguintes:

- Integridade
- Empatia
- Altruísmo
- Relações interpessoais
- Cumprimento das tarefas
- Iniciativa
- Empenho na aprendizagem.

As considerações que expendi não são meras coisas que é de bom tom dizer mas que, na prática, pouco interesse têm. São para dizer... não para cumprir.

Um notável estudo publicado há 3 anos e 5 meses, dado à luz no New England Journal of Medicine (22 Dezembro de 2005) e oriundo de diversas das mais prestigiadas Escolas Médicas dos EUA, demonstra objectivamente - "Medicina Baseada na Evidência"... - que médicos que foram objecto de sanções disciplinares por "unprofessional behavior" tinham tido deficiências de atitudes e comportamentos quando estudantes de Medicina (falta de sentido de responsabilidade, deficiente capacidade de auto-aprendizagem, imaturidade, insegurança, falta de auto-confiança, deficiente capacidade de iniciativa, deficiente capacidade de relação com colegas, com docentes, com médicos, com enfermeiros e com doentes e seus familiares).

Estes resultados desafiam tremendamente a responsabilidade das Escolas Médicas para com a Sociedade.

Obviamente que a questão dos deveres dos estudantes de Medicina é inseparável da questão dos seus direitos e, portanto, dos deveres dos seus educadores. Mas isso não é matéria para tratar aqui, não por cobarde prudência mas porque consumiria muito mais tempo do que aquele que consumi.

3. Em 29 de Novembro de 1967, era eu 1.º assistente de Anatomia (desde 1979, seria professor auxiliar) da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, proferi, a convite da comissão de alunos promotores dos festejos de recepção aos novos alunos, uma alocução intitulada "O Estudante de Medicina e a sua Faculdade", que foi publicada na revista "O Médico". Já tinha redigido este escrito quando deparei com uma separata no decurso da tarefa fisicamente árdua e psiquicamente dolorosa de encaixotar o recheio da moradia em que vivo há 50 anos para emigrar para um andar ("vieillesse oblige"). Li-a com muita nostalgia e com a paz interior de verificar que tudo o que então disse o mantive sempre na convicção e no desempenho. Tenham a bondade de escutar o final.

"O estudante de medicina deve, desde a sua entrada na Faculdade, compenetrar-se de que, uma vez médico, será alvo dos olhares dos outros: olhares confiantes, olhares suplicantes, olhares angustiados, olhares agradecidos, sim, mas olhares perscrutadores e olhares severos, também. À competência profissional, tem de juntar-se o mais puro espírito de serviço e uma integridade moral sem brechas.

Que as Faculdades de Medicina não sejam apenas centros de formação profissional, mas viveiros em que se desenvolvem e florescem homens ímpolutos, homens autênticos, que irão frutificar servindo a justiça e o bem, na liberdade suprema do amor".

JUSTIÇA EM SAÚDE UM PRINCÍPIO INQUESTIONÁVEL?*

Amélia da Conceição REGO DA SILVA**

INTRODUÇÃO

A saúde é um bem não só individual, mas social, não só do ponto de vista económico, mas sobretudo ético. Hoje o direito à saúde é considerado na Europa Ocidental como um dos direitos sociais, sendo mais amplo ainda que o direito ao acesso equitativo aos cuidados de saúde.¹ O garante dos direitos sociais pode ser o Estado, facto que se consubstancia, em Portugal, entre outros, através da assinatura da Convenção sobre os Direitos do Homem e Biomedicina em cujo artigo terceiro referente ao acesso equitativo aos cuidados de saúde se proclama que “as partes tomam, tendo em conta as necessidades de saúde e os recursos disponíveis, as medidas adequadas com vista a assegurar, sob a sua jurisdição, um acesso equitativo aos cuidados de saúde de qualidade apropriada”. Para os seus autores uma situação de justiça apresenta-se sempre que as

* Artigo elaborado no âmbito do módulo “Fundamentos de Ética e Bioética”, do I Curso de Doutoramento em Bioética, no Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa.

** Professora convidada, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Mestre em Bioética. Doutoranda em Bioética.

¹ SERRÃO (1998) apresenta “o acesso aos cuidados de saúde necessários considerado como um direito civilizacional.”

peçoas são credoras de benefícios e encargos devidos a qualidades ou circunstâncias particulares... pois a uma exigência válida de justiça corresponde um direito².

O modelo de princípios bioéticos ou principialismo, como uma metodologia ou um procedimento para abordar e resolver questões concretas, ou seja, os problemas bioéticos, surgidos em sociedades caracterizadas pelo pluralismo moral, pode orientar os profissionais perante dilemas morais, nomeadamente como elementos que balizam a actuação ao impor limites à prática e à comunidade científica. Assim, o apoio fornecido pela leitura dos problemas à luz do principialismo torna-se um elemento capaz de favorecer uma tomada de decisão mais abrangente, embora com limitações uma vez que não abarca o contexto concreto da circunstância de vida das pessoas envolvidas no processo. Segundo ARISTÓTELES a "... justiça é aquela disposição do carácter a partir da qual os homens agem justamente, ou seja, é o fundamento das acções justas e o que os faz ansiar pelo que é justo", ora as profissões de saúde realizam-se na prestação de um serviço ao ser humano, no seu contexto e circunstância de vida, necessitando, por vezes, de utilizar esta metodologia de abordagem complementada por outras estratégias. Assim, a ética da justiça e a do cuidado são complementares, ou seja são duas formas de abordagem correcta nas situações de conflito ético.³ Enquanto a ética da justiça se preocupa em definir os princípios correctos e aplicá-los,

² Para CABRAL (2001) "as questões da justiça, dos limites da liberdade, do respeito pelos direitos fundamentais, da igualdade a estabelecer acerca da redistribuição dos bens implicam a necessidade de construir uma macro-ética planetária, ..., baseada num imperativo de responsabilidade, no horizonte da qual se poderá avistar o caminho contemporâneo para a experiência do dever."

³ Segundo GILLIGAN (1985) a Moral dos direitos baseia-se na igualdade e centra-se na compreensão da imparcialidade, enquanto que a ética da responsabilidade se baseia no conceito de diferença e se centra no reconhecimento das diferenças de necessidade. Enquanto que a ética dos direitos é uma manifestação de igual respeito, que equilibra os direitos dos outros e de si, a ética da responsabilidade baseia-se no entendimento que faz surgir a compaixão e o cuidado.

sem se preocupar com as circunstâncias do contexto, mas apenas com julgar o que é bom e o que é mau em termos universais, a ética do cuidado considera o particular e o concreto em que se verifica o conflito ético, sem desprezar em que medida afecta a pessoa, dando a resposta adequada.

TEORIAS OU MODELOS DE JUSTIÇA

A justiça como a exigência de dar a cada um o que é seu, fundamenta-se na dignidade da pessoa humana. O progresso da ciência e da técnica não dispensa a proposta de uma ética de valores universais e absolutos que colocam em relevo os direitos fundamentais inerentes à natureza da pessoa humana. Para RAWLS (1999) o que importa é que o cidadão receba atendimento de qualidade... como um bem público.

As teorias pretendem dar coerência e amplitude às visões fragmentárias da justiça social dando mais atenção à saúde a todos os cidadãos, promovendo o ideal de acesso igual, na assistência à saúde através de um sistema social, mantendo um ambiente competitivo de livre mercado e cuidando do interesse dos menos favorecidos.⁴

TEORIAS UTILITARISTAS

Das correntes teóricas teleológicas destaca-se o utilitarismo, cuja origem se encontra em JEREMY BENTHAM e JOHN STUART MILL, citados por VIEIRA (2003), tem em conta os efeitos ou consequências das decisões. Para os utilitaristas não existem direitos

⁴ Para FELIPE (2000) "a sociedade democrática, cujo modelo de justiça é a equidade, procura a perfeição na sua forma de distribuir os bens, equilibrando o montante do que exige do cidadão, como o montante que lhe oferece". A referida autora afirma que Rawls propõe instituições específicas para cuidar da questão da justiça... também no consumo de bens e serviços. RICOEUR (1997) ao referir-se à justiça salienta que o justo não tem relação com "o ser bom nem o ser legal, sim o ser equitativo. Ser equitativo é a figura que reveste a ideia de justiça nas situações de incerteza e de conflito ou, para dizer tudo, sob o regime vulgar ou extraordinário do trágico da acção."

fundamentais, excepto em situações cujas consequências é a maior felicidade e a menor dor.

A corrente utilitarista defende a extensão dos benefícios para o maior número de pessoas. Assim, destacam um conjunto de critérios com o máximo de utilidade pública. Para eles a justiça distributiva é um, entre vários problemas de maximização de valor, sendo que o princípio de utilidade cria obrigação de justiça correspondente aos direitos individuais, garantidos pela lei. Neste contexto, a maximização da utilidade social não permite, por exemplo, os cuidados de saúde com os mais doentes e mais pobres da sociedade.

Uma manifestação muito clara do utilitarismo é a actual tendência de considerar a economia como a máxima expressão da política, dado que, para a mentalidade utilitarista, o bom é o útil, e essa utilidade é estabelecida pela lógica de mercado.

As teorias consequencialistas são aquelas que baseiam a moralidade de uma acção nas suas consequências. A obrigação moral consiste em agir de modo a obter o máximo de consequências boas e minimizar as más. Se o que é útil é bom, o valor ético da conduta é sempre determinado pelos seus resultados. Assim, o conceito central do utilitarismo é a crença de que a ética será mais bem aplicada, quanto o maior benefício para o maior número de pessoas for levado em consideração. Segundo esta corrente, as acções certas ou erradas são apenas determinadas pelas suas consequências boas ou más.

TEORIAS LIBERTÁRIAS

Nestas teorias, representadas por NOZICK (1991), destacam-se os princípios e práticas de justiça que se desenvolvem através de procedimentos considerados correctos, enquanto respeitadores dos direitos de cada um.⁵ Em oposição à Teoria da Justiça, de John Rawls, Nozick argumenta em favor de um Estado mínimo. O autor

⁵ NOZICK está convicto que “a questão fundamental da filosofia política, que precede qualquer outra sobre como o Estado deve ser organizado, é se ele deve ou não existir” In: Robert Nozick - Anarquia, Estado e Utopia, Rio, Zahar, 1991.

enfrenta não só o Estado Máximo dos defensores do “Estado de Justiça”, ao qual são atribuídas funções de distribuição de riqueza, mas também a total eliminação do Estado proposta pelos anarquistas. Retoma e defende a tese liberal clássica do Estado como organização monopolista de força, cujo único objectivo é proteger os direitos individuais de todos os membros do grupo.

Constrói o Estado como uma livre associação de protecção entre indivíduos que estão num mesmo território, cuja função é a de defender os direitos de cada indivíduo contra a ingerência por parte de todos os restantes e, portanto, a de impedir qualquer forma de protecção privada, ou, dito de outra forma, a de impedir que os indivíduos façam justiça por si mesmos. Além do mais, quanto à determinação dos direitos individuais que o estado deve proteger, a teoria de Nozick está genericamente fundada sobre alguns princípios do direito privado, segundo os quais todo indivíduo tem direito de possuir tudo o que adquiriu justamente (ou princípio de justiça de aquisição) e tudo o que adquiriu justamente do proprietário precedente (princípio de justiça na transferência). Qualquer outra função que o Estado se atribua é injusta, pois interfere indevidamente na vida e na liberdade dos indivíduos. A conclusão é que o Estado mínimo, embora sendo mínimo, é o Estado mais extenso que se possa conceber, considerando qualquer outro Estado como imoral.

Ao substituir o princípio da redistribuição, próprio do Estado-Providência, pelo da compensação, Nozick fornece a base de uma crítica da ilegitimidade do modelo de Providência. A seu ver, é quase fortuito que o princípio de compensação para os “independentes” se traduz por um mecanismo de redistribuição da oferta de protecção.

Salientamos o pensamento de BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) sobre as teorias libertárias cujo ideal é, pois, o livre mercado. Nesta teoria a distribuição dos serviços de saúde é entregue ao mercado que opera segundo o princípio da capacidade de pagar, directa ou indirectamente através de um seguro, não sendo a assistência um direito, mas a privatização do sistema um valor protegido.

Os libertários defendem um sistema no qual a assistência à saúde é comprada, privada e voluntária. Assim, existe mais participação do indivíduo e menos do Estado, ficando este numa posição residual. A interpretação libertária de justiça consiste na realização de procedimentos justos e na produção de resultados justos, mas na rejeição do direito à protecção da saúde, excepto quando é necessário proteger a sociedade, estando assim em oposição à “Teoria da Justiça” de RAWLS (1999).

Neste modelo não está prevista a organização de uma rede de assistência social nem a aplicação de discriminação positiva.

TEORIAS COMUNITARISTAS

Nestas teorias destacam-se os princípios e práticas de justiça que se desenvolvem através das tradições, em comunidade. Consideram os princípios de justiça pluralista derivados das diferentes concepções de bem. Destacam ainda a responsabilidade da comunidade perante o indivíduo.

TEORIAS IGUALITÁRIAS

As teorias igualitárias que têm o seu expoente máximo com RAWLS (1999) e DANIELS (1975), defendem o acesso igual aos bens na vida de toda a pessoa racional. Propõe que as pessoas disponham de uma distribuição igual dos bens na assistência à saúde como requisito de justiça. Esta teoria requer apenas igualdade em aspectos básicos, permitindo que as desigualdades redundem em benefício dos menos favorecidos. RAWLS (1999) promove o pensamento kantiano ao longo da sua teoria de justiça no sentido de que existem deveres morais que todo o ser humano deve respeitar para agir moralmente.

RAWLS citado por BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) explica a justiça como equidade entendida como normas de cooperação estabelecidas por pessoas livres e iguais que participam em actividades sociais com respeito mútuo, apoiando a existência de uma política de saúde, sustentando o Sistema de Saúde Português.

JUSTIÇA DISTRIBUTIVA E EQUIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE

O princípio da justiça visa critérios de tratamento sem discriminação arbitrária na atribuição dos direitos e deveres.⁶ Este princípio⁷ é, possivelmente, o de mais difícil conceptualização e aplicação. As eventuais iniquidades no acesso aos cuidados de saúde, em associação com o aumento crescente dos custos dos referidos cuidados, constituem um dilema actual no contexto da saúde de qualquer país não reunindo consensos os conceitos de justiça distributiva. O princípio de justiça de BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002)⁸ tornou-se um referencial de actuação como direito a um mínimo digno de assistência de saúde face às desigualdades verificadas em alguns países destacando-se a questão que tem a ver com o envolvimento estatal na distribuição de saúde ou deixá-la ao livre arbítrio das leis de mercado. Dos argumentos que apoiam o direito à assistência em saúde destacam-se a protecção social colectiva e a regra da oportunidade justa quando alguém sofre

⁶ Para KOHLBERG citado por SPRINTHAL (1993) os princípios éticos são “... princípios universais de justiça, da reciprocidade e igualdade de direitos humanos e do respeito pela dignidade dos seres humanos como indivíduos.”

⁷ Para BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) o princípio da justiça consiste num conjunto de normas que garantem a “justa distribuição de benefícios, riscos e custos.” Entendem este princípio como sendo a expressão da justiça distributiva, ou seja, a distribuição justa, equitativa e apropriada na sociedade. Uma situação de justiça, de acordo com esta perspectiva, estará presente sempre que uma pessoa receba benefícios ou encargos devidos às suas propriedades ou circunstâncias particulares. Já Aristóteles (1991) propôs a justiça formal, afirmando que os iguais devem ser tratados de forma igual e os diferentes devem ser tratados de forma diferente.

⁸ SERRÃO (2004) apresenta o modo prático como Beauchamp e Childress assumiram a tarefa de descobrir quais os valores essenciais à sociedade humana actual dos quais se pudessem deduzir princípios *prima facie*, ou seja, que não carecem de ser demonstrados e serão respeitados e acolhidos por todos os cidadãos, em todas as situações. Foram às palavras da tríade da Revolução Francesa, ... e escolheram-nas como valores essenciais, deles deduzindo princípios. Assim, da liberdade deduziram o princípio da autonomia da pessoa, da fraternidade os princípios da beneficência e da não maleficência e da igualdade o princípio da justiça.”

desvantagens que não está na sua mão evitá-las. Embora rejeitada pelos liberais por constituir sobrecarga para a sociedade, conclui-se que a sociedade está moralmente obrigada a angariar recursos com o objectivo de levar as pessoas, cada vez mais próximo da oportunidade justa. Se uma sociedade não destina fundos suficientes para proporcionar o mínimo decente de assistência de saúde, o sistema não é justo.

Existem variações a considerar perante cada situação concreta que introduz contingências por vezes difíceis de ultrapassar. Resume-se na máxima de oportunidades iguais para casos idênticos. Embora os valores económicos não possam ser os valores supremos. Baseia-se em critérios de imparcialidade e de direitos e exigência de justiça distributiva dos recursos disponíveis, baseado em concepções éticas. Os recursos para a saúde devem ser distribuídos de modo a oferecer a melhor qualidade de vida pelo mais longo tempo possível, para o maior número de beneficiários atendendo às necessidades individuais.

O princípio da justiça exige ter em consideração a equidade no acesso aos serviços e na afectação de recursos, de modo a promover uma distribuição justa dos benefícios.⁹

A obra de RAWLS e a sua proposta de justiça como equidade é também uma referência para a procura de uma definição de princípios que regulam a atribuição de direitos e deveres dos cidadãos.

As correntes teóricas da justiça distributiva desenvolveram-se para especificar com coerência como efectuar a distribuição de recursos. A equidade como categoria ética adquire sentido no quadro das concepções de justiça e, nomeadamente de justiça distributiva

⁹ DIAS (2004) ao analisar as diferentes concepções de justiça, refere que "... a justiça consiste numa certa aplicação da ideia de igualdade. Uma pessoa é tratada com justiça quando lhe é dado o que é devido ou aquilo ao qual tem direito."

de recursos.¹⁰ Com base em princípios, uma tese plausível identifica cada um como obrigação/imperativo *PRIMA FACIE* cujo peso não se pode avaliar independentemente de aplicada de acordo com circunstâncias particulares ou das esferas de aplicação¹¹.

De acordo com o pensamento de LUCAS (1987) a equidade social face à saúde pode colocar-se em termos de igual oportunidade na obtenção, aquisição, acumulação, manutenção e depreciação de níveis de saúde de que dispõe cada grupo ou categoria social. Assim, refere a equidade quer à obtenção ou perda de saúde em si, quer à obtenção ou perda de meios que contribuem para a sua obtenção ou perda, quer respeitem a serviços ou cuidados de saúde, quer a outros factores determinantes da saúde.

O progresso da ciência e da técnica, não dispensa a proposta de uma ética de valores universais e absolutos que colocam em relevo os direitos fundamentais inerentes à natureza da pessoa humana. A justiça como a exigência de dar a cada um o que é seu, fundamenta-se na dignidade da pessoa humana. O respeito ao direito das pessoas começa por um justo ordenamento das próprias leis civis que devem estar impregnadas dos valores éticos.

¹⁰ O termo, justiça distributiva, na perspectiva de BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002), refere-se à "distribuição igual, equitativa e apropriada, sendo esta determinada por normas justificadas que estruturam os termos da cooperação social". Referem ainda que os princípios materiais de justiça distributiva propostos por diferentes autores incluem seis princípios que podem admitir-se como válidos isoladamente, em conjunto ou todos simultaneamente e são. (i) "A cada pessoa uma parte igual; (ii) A cada pessoa de acordo com a necessidade; (iii) A cada pessoa de acordo com o esforço; (iv) A cada pessoa de acordo com a contribuição; (v) A cada pessoa de acordo com o mérito e; (vi) A cada pessoa de acordo com os intercâmbios do livre mercado.

¹¹ BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) referem que os "princípios abstractos da justiça apenas proporcionam condições amplas na prática de políticas específicas" além de que o "argumento moral de acções concretas, incluindo a especificação de princípios e a valorização de opções em causa, é necessário para determinar aspectos específicos da situação, que são moralmente relevantes e decisivos, formando um juízo razoável".

Na actual situação sócio-económica identificam-se alguns constrangimentos que condicionam a política de saúde, nomeadamente, a influência do aumento das despesas com a saúde no contexto nacional, a necessidade de contenção de custos e conseqüente necessidade de aumentar a eficácia e eficiência, mantendo a equidade, bem como a crescente exigência dos consumidores em saúde.

Os custos com a saúde aumentam afastando-se, cada vez mais, da possibilidade de se poder contar com todos os recursos necessários para curar, minorar o sofrimento prevenir a doença ou modificar as funções fisiológicas. Ora, sendo escassos os recursos, é necessário equacionar como é que os poderemos distribuir de forma a satisfazer as necessidades presentes sem limitar o potencial para satisfazer as necessidades das gerações futuras. Assim, face à urgência de racionalização dos recursos disponíveis urge encontrar o que é eticamente aceitável, colocando a pessoa humana no lugar que lhe compete, pautando-se por uma correcta escala de valores e em rever o que é e o que não é verdadeiro progresso, ou investimento apropriado, num quadro de compromisso ético. Perante listas de espera para tratamentos essenciais, importa ter em conta o “dever ético de evitar gastos desnecessários.”^{12,13} A propósito das listas de espera e no sentido de promover o bem das pessoas, sobretudo as mais vulneráveis, a Portaria número 1529/2008 fixa os tempos máximos de resposta garantidos para o acesso a cuidados de saúde para os vários tipos de prestações sem carácter de urgência e publica a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde. Está previsto ainda que

¹² ANTUNES, Manuel. A doença da saúde, SNS: Ineficiência e desperdício, 4ª Ed., Litosul, Lisboa: 2001.

¹³ RAWLS (1999) refere que as “instituições básicas da sociedade não devem distinguir-se simplesmente por ser ordenadas e eficientes: devem ser, sobretudo, justas”. Para FIGUEIREDO (2004) “... em toda a situação em que intervenha o homem, existe um paradigma ético, uma vez que a sua acção responsável e consciente implica um juízo crítico e a tomada de decisões”.

o seu cumprimento seja alvo de monitorização pela Administração Central do Sistema de Saúde.

Apoiado em teorias económicas de justiça como equidade, próximas de John Rawls, afirma a Constituição da República Portuguesa que o direito de acesso a cuidados de saúde deve ser garantido a todos os cidadãos, sem discriminações.

Existem implicações éticas das intervenções e restrições na área da saúde. Se bem que as prestações clínicas têm inevitavelmente de ser alvo de avaliação económica, mas mesmo que o contexto económico de contenção seja uma realidade, as preocupações com os custos e a eficiência não podem sobrepor-se sobre as questões da equidade e o acesso à saúde porque a consideração do *bem* saúde e a distribuição de recursos exige definição de domínios de cuidados a que todos devem poder aceder.

Segundo MICHAEL WALZER citado por BEAUCHAMP e CHILDRESS (1999) nenhum princípio único de justiça distributiva governa todos os bens sociais e sua distribuição, mas sim uma série de princípios construídos pelas sociedades humanas que constituem distintas esferas de justiça. Defende um sistema de assistência com dois níveis, sendo um nível decente para todos, que, habitualmente, entre nós, se designa por cuidados básicos e liberdade de contrato para os cidadãos com maiores possibilidades económicas. Assim, dado que nenhuma teoria, isoladamente, pode estar subjacente à decisão para resolver os dilemas éticos da prática de cuidados de saúde, em geral, e em especial do acesso, propõem a ponderação conjunta.

CONCLUSÃO

A justiça como a exigência de dar a cada um o que é seu, fundamenta-se na dignidade da pessoa humana. A justiça distributiva visa que de forma imparcial seja atribuída igualdade proporcional às diferentes circunstâncias de cada pessoa. Esta decisão acaba por

ser fonte de controvérsia permanente uma vez que depende dos valores dos decisores, daí a necessidade de prestação de contas e acompanhamento.

Que a mudança é necessária nas organizações não carece de evidência, as instituições de saúde devem pautar-se pelas regras da boa gestão empresarial, sem contudo pôr em causa o valor da vida humana e os outros valores sociais fundamentais. O sistema deve atingir equidade no acesso aos cuidados básicos, cuidados de saúde de qualidade e orientados para as necessidades dos utilizadores, prevenção e promoção de saúde com utilização eficiente de recursos. O equilíbrio entre a disponibilidade de meios que concorrem para a melhoria da eficiência dos sistemas de saúde e a garantia de sustentabilidade financeira do referido sistema implantado, de modo a conseguir o acesso aos meios proporcionados, com qualidade e a custos comportáveis para a sociedade, passa por certo pela adopção de modelos efectivos de gestão organizacional.¹⁴

A tentação da centralidade do económico em detrimento do social não é compatível com o facto de que “Deus destinou a terra e tudo o que nela existe ao uso de todos os homens e de todos os povos, de modo que os bens da criação afluam com equidade às mãos de todos, segundo a regra da justiça, ...”¹⁵. já que “também na vida económica e social se devem respeitar e promover a dignidade e vocação integral da pessoa humana e o bem de toda a sociedade. Com efeito, o homem é o protagonista, o centro e o fim de toda a vida económico-social”¹⁶.

Conduta ética, credibilidade, profissionalismo, excelência e empenhamento dos profissionais de saúde tem de ser a forma de estar na prestação de um serviço onde não exista “o contraste flagrante

¹⁴ Para FIGUEIREDO (2004) “... em toda a situação em que intervenha o homem, existe um paradigma ético, uma vez que a sua acção responsável e consciente implica um juízo crítico e a tomada de decisões”.

¹⁵ Concílio Ecuménico Vaticano II, *Gaudium et spes*, n.º 69.

¹⁶ *Ibidem*, n.º 63.

entre a mesma *atribuição* de direitos e a desigual *distribuição* de bens”, na perspectiva de Ricoeur (2005).

Em síntese, o princípio da justiça é inquestionável, no entanto o modo de o operacionalizar junto dos cidadãos está longe de ser alvo de consenso não se conseguindo, por vezes, conciliar decisões que perante a escassez de recursos salvaguardem o bem comum e reduzam a distribuição social injusta.

BIBLIOGRAFIA

- ANTUNES, M. – A doença da saúde, SNS: Ineficiência e desperdício, 4ª Ed., Lisboa: Litosul, 2001, 134 p.
- ARISTÓTELES – Ética a Nicómaco. Lisboa: Quetzal Editores, 2004. Tradução de António C. Caeiro.
- BEAUCHAMP, T; CHILDRESS, J. (2002). Princípios de ética biomédica. São Paulo: Edições Loyola, 574 p.
- CABRAL, R. – Éticas laicas e Éticas religiosas. Sessão debate, Universidade Católica Portuguesa Faculdade de Filosofia, Braga, 2001, 2 de Fevereiro CONCÍLIUM VATICANO II, *Gaudium et spes*, n.º 63.
- DIAS, A. – Justiça e integridade. *In: Para uma ética de Enfermagem, Desafios.* coord. de NEVES, M. e PACHECO, S. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- FELIPE, S. – Rawls: Uma teoria ético-política da Justiça *In: Correntes fundamentais da ética contemporânea.* Petrópolis: Editora Vozes; Organização de Oliveira RA, Manfredo, 2000.
- FIGUEIREDO, A. – Ética e formação em enfermagem. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES.
- GILLIGAN C. - La moral y a teoría. Psicología del desarrollo femenino. México: Fondo de Cultura Económica, 1985.
- LUCAS, J. – Iniquidade Social perante a doença e a morte em Portugal. *In: Sociedade, Saúde e Economia*, 1987, p. 284.
- NOZICK, R. – Anarquia, Estado e Utopia. Rio de Janeiro, Zahar Editor, 1991.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde - Portaria n.º 1529/2008, Acesso aos cuidados de saúde Diário da República, 1.ª série, N.º 249, 26 de Dezembro de 2008.
- RAWLS J. – Uma teoria da justiça. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
- RICOEUR, P. *Le Juste*, Paris: Seuil, 1995
- SERRÃO D. *et al* (1998) Recomendações para uma reforma estrutural. Conselho de Reflexão sobre a Saúde. Lisboa: [s.n.], Ministério da Saúde, 276 p.

- SERRÃO, D. – “O acesso aos cuidados de Saúde: Problemas Éticos”, *In: Cadernos de Bioética*, Gráfica de Coimbra: Coimbra, 1998.
- SERRÃO, D. (1996) – O Trilema da Saúde. *Brotéria*, 142 (4): 488-491.
- SERRÃO, D. (1998) - A Ética Médica e os custos dos cuidados de Saúde. *In: SERRÃO, D.; NUNES, R. (Coord.) – Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora, p. 155-168.
- SERRÃO, D.– Direito à Saúde e a distribuição de Recursos. *In: “Comissões de Ética. Das bases Teóricas à actividade quotidiana”*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2.ª Ed., 2002, p. 407-421.
- SPRINTHAL, N. A, e SPRINTHAL, R. C (1993) – *Psicologia educacional: uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: McGraw-Hill.
- VIEIRA, M. – *Sobre as Teorias Éticas*. Porto: Escola Superior de Enfermagem Imaculada Conceição, 2003.
- SERRÃO, D. – *Ética problemas éticos em Medicina*. *In: <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=112>*. Acedido em Maio de 2009

OBJECÇÃO DE CONSCIÊNCIA PROPOSTA DE REGULAMENTAÇÃO NO CONSELHO DA EUROPA

Trad. e adaptação de Alexandre LAUREANO SANTOS

A Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa (APCE) discutirá e votará no dia 7 de Outubro próximo uma resolução sobre uma proposta preparada pela Sra. *Christine McCafferty* (doc. 12347 de 20 de Julho 2010) sob a epígrafe “*Acesso das Mulheres aos Cuidados de Saúde: o Problema da Utilização Não Regulamentada da Objecção de Consciência*”. Esta proposta pode ser consultada no seguinte sítio da Assembleia do Conselho da Europa: <http://assembly.coe.int/Documents/WorkingDocs/Doc10/EDOC12347.pdf>.

Se for aceite pela APCE obrigará as instituições prestadoras de cuidados de saúde dos Estados Membros a facultar as intervenções que os seus destinatários exigirem em todos os domínios dos cuidados de saúde nos termos previstos pelas leis dos países (v. g., o aborto), a despeito da objecção de consciência dos seus agentes. Obrigará, portanto, os médicos e todos os prestadores de cuidados de saúde a participar activamente em intervenções abortivas e ao exercício compulsivo de outras práticas, mesmo contra a sua consciência.

Os termos da proposta obrigam ainda a que:

a) A exigência de que a recusa à prática de actos por parte dos prestadores de cuidados invocando a objecção de consciência esteja, de facto, fundamentada na sua consciência ou na sua religião através de uma demonstração pública.

b) Se demonstre que a recusa da prática dos actos legalmente admitidos é feita de “*boa fé*”.

c) Não possam exercer actividade nos hospitais e nas instituições públicas os objectores de consciência em relação a todos os actos legalmente admitidos nessas instituições.

d) Exista um registo nominal de todos os objectores de consciência relativa a actos de saúde previstos nas leis e seja criado um mecanismo legal que aceite e dê andamento efectivo às queixas contra os objectores de consciência.

É perfeitamente transparente que o principal objectivo do texto proposto por Mrs. McCafferty nem sequer é a sua aprovação pela Assembleia. Na prática, o texto é sobretudo um símbolo de uma cultura que se quer afirmar e que subordina a vida humana às práticas de uma sociedade desumanizada, transigente e utilitarista. Nos termos propostos, a regra da liberdade de abortar e a possibilidade da interrupção libertária da vida humana nascente são tomadas e aceites como normas gerais e as regras de apoio à continuidade da vida são toleradas como normas secundárias. Sublinhe-se que actualmente está consignado nos termos da lei portuguesa que a descriminalização da prática do aborto está estabelecida apenas sob certas condições. Isto é, a regra fundamental implícita no direito positivo, ainda que condicionada, é, pelo menos por enquanto, a do apoio à vida nascente.

Salientamos, sobre o tema das relações entre as leis e a moral, o notável discurso no Parlamento de Londres de Sua Santidade o Papa Bento XVI no encontro com as autoridades civis durante a sua recente viagem ao Reino Unido (texto que poderá ser lido no sítio da AMCP <http://www.amcp.com.sapo.pt>).

Foi solicitado ao *European Centre for Law and Justice (ECLJ)* (<http://www.eclj.org>) por alguns membros da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa um parecer sobre a proposta de Mrs. McCafferty. Este parecer, cuja tradução se publica em seguida, foi elaborado por dois juristas de projecção internacional entre os quais o próprio director do ECLJ, Prof. Grégor Puppig (PhD).

O European Centre for Law and Justice

Os juristas cristãos criaram em 1997 um movimento internacional na Europa no sentido de proteger os direitos dos crentes na partilha da mensagem de Jesus Cristo sem receio de discriminações e de perseguições. Jay Alan Sekulow, Presidente do Conselho do *American Center for Law and Justice*, e Thomas Patrick Monaghan, conselheiro da mesma instituição, propuseram a criação de uma estratégia internacional de intervenção cristã nos domínios da jurisdição internacional. Esta atitude foi proposta à hierarquia da Igreja, a vários advogados e a outros juristas europeus. A criação de uma entidade que congregasse estes esforços no sentido da protecção dos direitos humanos e da liberdade de culto foi aceite efusivamente na Europa, visto que existem numerosos e importantes pontos de fricção entre as práticas religiosas e as liberdades civis. Foi então criado o *European Centre for Law and Justice (ECLJ)* com a intervenção de advogados de renome internacional especializados em direitos humanos. Trata-se de uma instituição não lucrativa dedicada à protecção e à defesa das liberdades religiosas na Europa. A ECLJ abriu a sua sede em Estrasburgo, França, em 2 de Julho de 1998. Em Agosto de 1998 abriu uma dependência em Moscovo, a *Slavic Centre for Law and Justice (SCLJ)*, que opera a tempo inteiro com advogados dedicados aos direitos religiosos. O ECLJ tem posto em contacto os melhores e mais bem preparados juristas defensores das liberdades religiosas na Europa. A sua intenção é a da mobilização de todos os meios no sentido da defesa dos direitos de liberdade de culto e de partilha da fé de todos os crentes sem receio de discriminação ou de perseguição.

Assim, o ECLJ foi criado para proteger os direitos humanos e as liberdades religiosas na Europa. Com a criação do Conselho da Europa ficaram garantidas as liberdades religiosas, sobretudo depois da aprovação da Convenção Europeia para a Protecção dos Direitos Humanos e das Liberdades Fundamentais. Estes direitos incluem o direito fundamental da liberdade de culto e de expressão religiosa sem discriminação ou perseguição. Da sua sede em Estrasburgo o ECLJ coordena e apoia actualmente os juristas cristãos que na Europa defendem os crentes no sentido da liberdade de culto, da prática religiosa, da liberdade de evangelização e de todas as manifestações da vida cristã sem receio de discriminações e de perseguições.

PARECER

sobre o Relatório “O Acesso das Mulheres aos Cuidados Médicos previstos na Lei: o Problema da Não Regulamentação do Exercício da Objecção de Consciência a apresentar à discussão e votação da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, em Estrasburgo, no dia 7 de Outubro de 2010

Autores: Grégor Puppink, (PhD), Director do European Centre for Law and Justice (ECLJ) e **Kris J. Wenberg**, Conselheiro do ECLJ

Este relatório foi elaborado por solicitação de Membros da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa. Recordamos:

“O facto de alguém actuar sob a orientação de um governo ou de um superior numa estrutura hierárquica não o desresponsabiliza do cumprimento das normas internacionais, desde que a opção moral de actuação na situação concreta dependa, de facto, de si próprio.” (Princípio IV da Declaração de Nuremberga).

“O direito à objecção de consciência é um princípio fundamental do direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião

consagrado na Declaração Universal dos Direitos do Homem e na Convenção Europeia dos Direitos Humanos”. (Recomendação 1518 de 2001 da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa) (PACE).

“O direito à objecção de consciência é um direito reconhecido e deve ser regulamentado de acordo com as leis nacionais que se referem ao exercício desse direito”. (Artigo 10.2 da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia).

Introdução

O European Centre for Law and Justice (ECLJ) é uma Organização Não Governamental (ONG) dedicada à protecção dos direitos humanos e da liberdade religiosa na Europa. Numerosos advogados ao serviço de causas defendidas pelo ECLJ têm actuado em muitas situações perante o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos. Além disso, o ECLJ intervém com o estatuto de consultor como ONG perante as Nações Unidas.

Este parecer refere-se ao conteúdo do relatório da Sra. Christine McCafferty a propor à Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa (PACE) designado por **“O Acesso das Mulheres aos Cuidados Médicos previstos na Lei: o Problema da Não Regulamentação do Exercício da Objecção de Consciência”** (neste parecer referido como “relatório” ou como “relatório de Mrs. McCafferty”) o qual constitui matéria de uma especial preocupação para o ECLJ visto que é uma ameaça objectiva ao direito de liberdade de consciência e de liberdade religiosa referente aos prestadores de cuidados de saúde.

A Resolução e a Recomendação que poderão resultar da aprovação deste documento não só interferem com matérias da consciência moral e cultural dos crentes como ainda restringem fortemente a integridade e a liberdade de consciência. Além disso, contrariam as disposições da Convenção Europeia dos Direitos

Humanos, da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia e da Convenção Internacional dos Direitos Civis e Políticos.

Este relatório, entre outras propostas inaceitáveis, solicita aos Estados Membros Europeus:

- Que “obriguem a entidade prestadora de cuidados de saúde a facultar os procedimentos solicitados aos quais legalmente terá direito (v. g., aborto) a despeito da existência de objecção de consciência para tais actos da parte da entidade prestadora dos cuidados”;

- Que obriguem a entidade prestadora de cuidados médicos a tomar parte, directa e indirectamente, em todas as circunstâncias em intervenções abortivas ou noutras intervenções para as quais manifestou a sua objecção de consciência;

- Que obriguem o prestador de cuidados médicos objector de consciência a demonstrar “que a sua objecção está fundamentada na sua consciência ou nas suas crenças religiosas e que a recusa à prestação dos cuidados solicitados é feita de boa fé”;

- Que retirem às “instituições públicas e estatais, como os hospitais públicos e as clínicas, o direito à existência da objecção de consciência”;

- Que criem um “registo nominal dos objectores de consciência”;

- Que criem “mecanismos efectivos de registo e de seguimento das queixas dos utilizadores contra os objectores de consciência”.

O relatório incide fundamentalmente “nos domínios da saúde reprodutiva” da mulher, sobretudo no aborto; mas refere-se a outras práticas como a reprodução assistida e à esterilização. O relatório também menciona “os meios de alívio da dor pelo encurtamento da vida humana nos doentes terminais”, isto é, a eutanásia. O texto convida os Estados Membros a restringir o exercício da objecção de consciência com o objectivo de facilitar o acesso ao aborto e a outras práticas que podem causar o termo da vida humana. Como

Bruno Nacimbene, membro da Comissão de Peritos da União Europeia, afirmou publicamente: “Ninguém de boa fé admite que numa sociedade inspirada nos valores da liberdade e da democracia ocidental que os médicos e as enfermeiras que consideram o aborto como um homicídio possam ser obrigados a praticá-lo. Se se abre uma brecha na liberdade de consciência estamos a ser conduzidos por um caminho muito perigoso.”¹

A Convenção Europeia dos Direitos Humanos (CEDH) estabelece um limite mínimo para os Estados Membros fazerem a regulamentação do exercício da objecção de consciência, tal como se encontra explícito no art. 9º daquela Convenção. Este limite é muito alto no que se refere à objecção de consciência pela parte dos prestadores de cuidados de saúde. No relatório de Mrs. McCafferty, pelo contrário, restringe-se fortemente o exercício da liberdade de consciência. Além disso, a intromissão do Conselho da Europa na regulamentação dos Estados no âmbito de um assunto tão sensível vai impôr procedimentos tão desnecessários como complicados e vai aumentar os custos. Esta atitude corresponde ainda a uma limitação da soberania dos Estados Membros no sentido de impôr restrições ao exercício da liberdade de consciência que fica deste modo abaixo dos limites mínimos impostos pelo art. 9º da CEDH.

Ao contrário dos pressupostos do relatório em discussão, os prestadores de cuidados médicos dos 47 Estados Membros do Conselho da Europa não estão sob regimes sem controle regulamentar relativamente à objecção de consciência. A maior parte destes Estados têm regulamentos actualizados do regime de objecção de consciência; além disso, têm regimes dependentes das suas organizações profissionais com regras éticas muito apertadas. O próprio relatório aponta apenas para seis dos 47 membros que

¹ Peritos Independentes da União Europeia. Opinion 4-2005.: O Direito à Objecção de Consciência e a Conclusão da Concordata entre os Estados Membros da U E com a Santa Sé, 14 de Dezembro de 2005.

alegadamente não têm regulamentação; e afirma ainda que num desses Estados sem regulamentação da objecção de consciência (Suécia): *“parece que existem realmente muito poucos problemas no balanço entre os direitos dos prestadores de cuidados de saúde e os dos seus destinatários.”*

Os médicos que consideram que violarão os seus preceitos religiosos ou os seus deveres de consciência se praticarem um aborto não podem ser coagidos a praticá-lo. Ao contrário do direito ao aborto e à eutanásia, os direitos fundamentais e os direitos que se relacionam com a prática de uma religião estão protegidos por, entre outras fontes de direito, a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, a Directiva do Conselho da União Europeia 2000/78/EC (27 Nov 2000), os artigos 9º e 14º da Convenção Europeia dos Direitos Humanos (CEDH) e ainda o art. 18º da Convenção Internacional dos Direitos Cíveis e Políticos (CIDCP). Tal como o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos tem explicitado, no balanço entre a aplicação de duas normas que entram em conflito num determinado caso tenderá sempre a aplicar-se a regra mais protegida pelas normas do direito internacional que lhes dizem respeito. Mesmo que a objecção de consciência não estivesse tão explicitamente protegida como constituindo um direito fundamental, não é “mais importante” a opção da mulher grávida ou da pessoa idosa que pedem um acto que põe termo a uma vida humana do que a opção dos objectores de consciência que se recusam a praticar tal acto.

Nas páginas seguintes deste parecer trataremos dos seguintes pontos:

- 1 – O direito à objecção de consciência está garantido na legislação europeia e nas outras leis internacionais;
- 2 – O Conselho da Europa e a Assembleia Parlamentar têm promovido sistematicamente o direito à objecção de consciência;
- 3 – O direito à objecção de consciência está garantido nos regulamentos éticos profissionais internacionalmente aceites;

- 4 – O direito à objecção de consciência está garantido e adequadamente regulado em quase todas as sociedades democráticas;
- 5 – O direito à objecção de consciência inclui sempre a imunidade contra a responsabilidade civil e criminal pela recusa da prática dos actos solicitados;
- 6 – A objecção de consciência aplica-se aos profissionais e às instituições;
- 7 – O direito à objecção de consciência inclui a imunidade contra discriminações;
- 8 – O direito à objecção de consciência exclui completamente a obrigação da prática dos procedimentos solicitados mesmo que não seja possível a indicação de outros médicos ou de outras instituições que os pratiquem;
- 9 – O direito à objecção de consciência aplica-se à participação directa e indirecta nos actos para os quais é invocada;
- 10 – O direito à objecção de consciência não pode ser prejudicado por outros direitos;
- 11 – O direito à objecção de consciência está garantido mesmo que não exista uma lei nacional que especificamente o determine;
- 12 – O direito à objecção de consciência é um símbolo da liberdade face aos regimes totalitários;
- 13 – O relatório apresentado por Mrs. McCafferty viola o princípio da subsidiariedade.

1 - O direito à objecção de consciência está garantido nas leis da Europa e nas outras leis internacionais:

Os prestadores de cuidados médicos, especificadamente os médicos, têm uma consciência clara e perfeitamente definida das consequências da sua adesão a certos valores relacionados com a defesa da vida humana, nomeadamente a valores religiosos, quando decidem não participar em actos que põem termo a uma vida. Como afirmámos já neste texto os direitos fundamentais garantidos aos

crentes e praticantes de uma religião estão protegidos, entre outros, nos artigos 9º e 14º da Convenção Europeia dos Direitos Humanos (CEDH) e ainda no artigo 18º da Convenção Internacional dos Direitos Civis e Políticos (CIDCP). Além disso, o direito à objecção de consciência está consagrado na Carta Fundamental dos Direitos da União Europeia. Este último documento estipula claramente no seu artigo 10º a protecção da liberdade de pensamento, de consciência e de religião.

1. Todas as pessoas têm o direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião. Este direito inclui o de mudança de religião ou de crença e o da liberdade de manifestação, quer isoladamente quer em comunidade, em público ou em privado, com liberdade plena de culto, de ensino, de prática e de observância das normas religiosas.

2. O direito à objecção de consciência é reconhecido pelas leis nacionais de cada país que se referem ao exercício desse direito.²

A Directiva 2000/78/EC de 27 de Novembro de 2000, estabelecendo uma regra geral para o tratamento igual no emprego e nas ocupações, também protege a liberdade de consciência dos médicos. A Directiva proíbe directa ou indirectamente a discriminação baseada nomeadamente na religião ou nas crenças religiosas³. Estas regras serão também aplicáveis numa situação de recusa a um médico do exercício da sua liberdade de consciência.

A Convenção Europeia dos Direitos Humanos, no seu artigo 9º que protege a liberdade de pensamento, de consciência e de religião, e no seu artigo 14º que se refere à proibição de discriminações impõe regras de protecção ao exercício da liberdade de consciência na

² Jornal Oficial das Comunidades Europeias, C364/1, 2000/C 364/01 (18 Dez 2000, art. 10).

³ Conselho da Europa, Directiva 2000/78/EC de 27 de Novembro de 2000 que estabelece uma regra geral no tratameno nos empregos e nas ocupações §§ 11, 12, artigos 1 e 2.

prestação de cuidados de saúde que são aplicáveis aos profissionais que não aceitam participar no termo intencional da vida humana.

O Tribunal Europeu dos Direitos Humanos (TEDH) apenas tem rejeitado a invocação da objecção de consciência em situações nas quais a ligação ao exercício do procedimento é muito distante, passiva ou mesmo inexistente. Por exemplo, o TEDH julgou o caso **Knudsen vs. Noruega** cuja decisão foi a de que um sacerdote não pode negar-se a cumprir os seus deveres oficiais (casamentos) invocando a objecção de consciência como protesto contra a legalização do aborto pelo Parlamento da Noruega⁴. O sacerdote poderá sempre pregar livremente contra a prática do aborto mas não poderá recusar-se à prática das suas obrigações em outras actividades que implicam colaboração com o Estado. Do mesmo modo, no caso **Jean Bouessel du Bourg vs. França** o Tribunal decidiu que um contribuinte não pode negar-se a pagar impostos ao Estado invocando a objecção de consciência com o fundamento de que os impostos subsidiam procedimentos que o contribuinte não aceita (como o aborto) atendendo a que o elo entre o pagamento dos impostos e os procedimentos de abortamento têm apenas uma ligação muito remota⁵.

Noutras circunstâncias, quando a colaboração no procedimento do aborto, quer seja activa ou passiva, quer seja directa ou indirecta, o direito à objecção de consciência está completamente garantido no artigo 9º da CEDH. Assim, no caso recente **Tysiac vs. Polónia**, o Tribunal Europeu recusou a limitação da objecção de consciência quando o queixoso (assim como um terceiro) apresentou uma queixa contra um médico “*por um ginecologista se ter recusado a praticar um aborto invocando a objecção de consciência*”. O Tribunal

⁴ TEDH, 8 de Março de 1985, Knudsen c/ Noruega, Appl. nº 11045/92

⁵ TEDH, 18 de Fev de 1993, Jean Boussel du Bourg c/ França, Appl. nº 20747/92

recusou-se liminarmente e em todos os momentos do processo a diminuir a liberdade de consciência dos médicos^{6,7}.

O direito da liberdade de consciência também se encontra protegido pelo art. 18º da Convenção Internacional dos Direitos Civis e Políticos (CIDCP) acrescentando os argumentos da protecção dos objectores de consciência aos que se encontram consignados no art. 9º da CEDH. Neste documento não existe uma explicitação que se refira directamente aos profissionais da saúde. Todavia, o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos interpreta sem ambiguidades o artigo 18º (que se refere à objecção de consciência à prestação do serviço militar) de tal modo que não existem diferenças entre a abordagem jurídica das atitudes dos prestadores de cuidados de saúde e dos militares relativamente aos procedimentos que implicam *a morte de um outro ser humano*.

“Muitas pessoas invocam o direito de recusa ao serviço militar obrigatório (objecção de consciência) na base de que este direito deriva do conteúdo do art. 18º da CIDCP. A Convenção não se refere explicitamente à objecção de consciência, mas o tribunal aceita que este direito deriva do art. 18º, tanto mais que a obrigação de utilizar uma força potencialmente letal pode entrar em conflito aberto com a liberdade de consciência e com os direitos relativos às atitudes religiosas ou às crenças”⁸.

⁶ TEDH, 20 de Março de 2007, Tysiac c/ Polónia, Appl. n° 5410/03

⁷ Tysiac c/ Polónia, Appl. n° 5410/03. § 124, 20 de Março de 2007. Neste caso, o Tribunal Europeu validou os aspectos substantivos das leis polacas restritivas do aborto, as quais o aceitam apenas quando a vida ou a saúde da mãe estão em perigo. O Tribunal também aceitou que os procedimentos técnicos para se obter um parecer médico sobre as situações estipulados nas leis polacas violavam o art. 8º da CEDH.

⁸ Alto Comissário para os Direitos Humanos, Comissão dos Direitos Humanos, Comentário Geral n° 22. O Direito de liberdade de pensamento, de consciência e de religião (Art 18) .

Os prestadores de cuidados de saúde que não aceitam a participação no aborto e na eutanásia fundamentando-se na sua consciência moral não estão menos preocupados com o direito à vida dos seres humanos do que os que recusam a prestação do serviço militar pela obrigação da utilização de armas potencialmente letais para outros seres humanos.

2. O Conselho da Europa e a Assembleia Parlamentar têm defendido em todas as ocasiões o direito à objecção de consciência

O Conselho da Europa tem um passado de 43 anos nos quais sempre promoveu o direito à objecção de consciência, em particular nos domínios do cumprimento do serviço militar obrigatório. O Conselho não pode agora dar-se por vencido simplesmente porque a objecção de consciência se coloca noutros terrenos que são actualmente áreas de maior disputa política e moral. Essa posição iria absolutamente contra outras atitudes da Assembleia Parlamentar relativas à objecção de consciência, visto que se fosse aceite o conteúdo do relatório em apreciação significaria que os procedimentos dos médicos que põem um fim a vidas humanas seriam mais importantes para o bem da sociedade do que o serviço militar obrigatório. Por outras palavras, em razão do direito ao aborto ser mais importante para a sociedade do que o serviço militar, os abortos quando fossem solicitados teriam que ser compulsivamente praticados. De facto, se por um lado existe o dever generalizadamente aceite do cumprimento do serviço militar (ao qual algumas pessoas podem fazer objecção de consciência), por outro lado, não existe o dever generalizadamente aceite de praticar um aborto. Esta é a razão pela qual a objecção de consciência nos domínios dos cuidados de saúde se encontra mais protegida do que a objecção de consciência ao serviço militar obrigatório pelas leis nacionais e internacionais.

Mudar agora de posição ao arrasto daqueles que querem promover o aborto como um direito fundamental (que não é) seria contrariar a protecção dos direitos fundamentais. Em 1967, a Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa adoptou a Resolução nº 337 e a Recomendação nº 478 relativas à necessidade imperiosa de reconhecer o direito à objecção de consciência ao serviço militar; A Resolução “*claramente identificou a objecção de consciência como um direito humano: as pessoas que forem convocadas para a prestação do serviço militar e que por razões de consciência ou de profunda convicção que tenha o seu fundamento em razões religiosas, éticas, morais, humanitárias, filosóficas ou outras similares se recusem à prestação do serviço militar devem usufruir desse direito pessoal e ser desobrigadas da prestação desse serviço.*”⁹ A Assembleia fundamentou este direito “*nos direitos fundamentais das pessoas nas sociedades democráticas que se encontram garantidos pelo art. 9º da Convenção Europeia dos Direitos Humanos, isto é, nos domínios da liberdade de consciência e de religião.*”

A estas resoluções seguiram-se a Recomendação nº 816 (1977) e a Recomendação Nº R(87) da Comissão de Ministros em 1987. Em 2001 a Assembleia Parlamentar acrescentou ainda a Recomendação 1518 (2001)¹⁰ sublinhando que: “*o direito de objecção de consciência constitui um aspecto fundamental do direito de liberdade de pensamento, de consciência e de religião, consagrado na Declaração Universal dos Direitos do Homem e na Convenção Europeia dos Direitos Humanos.*”¹¹

⁹ Recomendação 478 (1967) sobre o Direito de Objecção de Consciência que teve um debate na Assembleia em 26 de Jan de 1967.

¹⁰ Recomendação 1518. O exercício do direito de objecção de consciência ao serviço militar nos estados membros do Conselho da Europa. (2001). O texto da Recomendação foi adoptado pela Comissão Permanente, actuando como representante da Assembleia em 23 de Maio de 2001.

¹¹ Mais recentemente a Recomendação da Comissão de Ministros dos Estados Membros sobre os Membros das Forças Armadas continuava a reconhecer “a Recomendação 478 (1967) sobre o Direito de Objecção de Consciência que teve

3. O direito à objecção de consciência está garantido pela regulamentação ética internacional dos profissionais

A vasta maioria dos Estados Membros do Conselho da Europa têm regras de regulamentação ética e “*guidelines*” cujo cumprimento é imposto pelos membros dessas associações profissionais, pela Federação Internacional de Obstetrícia e Ginecologia (FIGO) e pela Organização Mundial de Saúde (WHO). Estas regras regulamentam o comportamento ético dos profissionais médicos, nomeadamente no que se refere à objecção de consciência à prática de abortamentos e a outras práticas que impliquem o termo da vida humana.

A **Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO)** determina que: “*4. Os médicos têm o direito ao respeito pelas suas convicções de consciência quer se refiram ao cumprimento quer ao não cumprimento dos procedimentos legalmente admitidos nos seus países e a não sofrer discriminações com base nas suas convicções.*”¹²

O **Departamento Europeu da Organização Mundial de Saúde** inclui nas suas “*guidelines*” dirigidas aos Estados Membros da UE uma referência explícita à prática do aborto¹³ na qual se determina que “*os trabalhadores da saúde têm o direito à objecção de consciência quanto à prática do aborto.*”¹⁴

um debate na Assembleia em 26 de Jan de 1967. No ano passado foi reafirmada “a liberdade de pensamento, de consciência e de religião - incluída no seu art 9º. Comissão Arbitral dos Direitos Humanos e Comissão de Peritos para os Direitos Humanos (Estrasburgo, 25 de Set de 2009).

¹² Fed. Int. de Obstetrícia & Ginecologia, Recomendações sobre a Ética em Obstetrícia e Ginecologia, FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction (Out. 2009, disponível em <http://www.figo.org/files/figo-corp/Ethical%20Issues%20-%20English.pdf>.

¹³ World Health Organization Regional Office for Europe, Guidelines.

¹⁴ “*Os trabalhadores da saúde têm o direito à objecção de consciência quanto à prática do aborto, mas têm a obrigação de seguir os códigos éticos aplicáveis, os quais geralmente determinam que os profissionais da saúde refiram as mulheres a colegas habilitados que por princípio se não oponham a uma interrupção da*

4. O direito à objecção de consciência está garantido e adequadamente regulado em quase todas as sociedades democráticas

Na Europa, todos os 47 Estados Membros têm nas suas constituições políticas preceitos que protegem a liberdade de consciência e adequaram especificamente este conceito ao contexto da prática da Medicina. Todos os Membros do Conselho da Europa são signatários da Convenção Europeia a qual providencia no sentido da protecção internacional da liberdade de consciência. Estas regras têm aplicação plena nos domínios de todas as práticas da Medicina. Também, como aliás se adverte no relatório de Mrs. McCafferty: “Muitos Estados Membros têm leis, códigos éticos e regulamentação avulsa ou mesmo “guidelines”, garantindo o direito à objecção de consciência nos domínios da prestação dos cuidados de saúde e os tribunais nacionais publicaram jurisprudência neste sentido.” No entanto, Mrs. McCafferty entende que “a prática da objecção de consciência se encontra inadequadamente ou mesmo não regulamentada” na “maioria dos Estados membros do Conselho da Europa.”

Na verdade, um dos objectivos do texto de Mrs. McCafferty é o de excluir o direito à objecção de consciência da regra geral do direito aplicável e remetê-lo para uma regra secundária nos cuidados de saúde em todos os actos que se pratiquem neste âmbito e que sejam solicitados pelos seus destinatários. Assumindo esta posição,

gravidez que esteja admitida na lei. Se não houver alternativa, o profissional de saúde tem a obrigação de proceder ao abortamento para salvar a mulher ou para prevenir uma deficiência permanente de acordo com as leis nacionais. Quando um hospital, uma clínica ou um centro de saúde se encontra licenciado para a prática de certos actos previstos na lei não pode pôr em perigo a vida das mulheres ou a sua saúde pela recusa de serviços que se encontra habilitado a praticar. Terá portanto que praticar os actos de aborto nas condições previstas na lei.” Organização Mundial de Saúde. Geneva. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, 2003, at 66.
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590343.pdf>.

Mrs. McCafferty procura simplesmente promover a agenda pró-aborto. Uma outra activista pró-aborto, Mrs. Ira Glasser, Directora da American Civil Liberties Union, tem sido referida nos mesmos termos chamando a atenção para a necessidade de colocar obstáculos ao exercício da objecção de consciência aos profissionais de saúde: “Muitos dos debates sobre a estratégia a seguir referem-se à questão de saber se é preferível trabalhar no sentido de restringir as cláusulas da aplicação da objecção de consciência ou lutar para que sejam pura e simplesmente eliminadas todas em conjunto. Se bem que as activistas dos direitos da reprodução devam actualmente aceitar a existência da objecção de consciência, o seu objectivo último deverá ser o de a eliminar do sistema de prestação dos cuidados nestes domínios.”¹⁵

Nos Estados Unidos, o Governo Federal e os de 47 Estados, além das Ilhas Guam e das Ilhas Virgens têm protecção legal à objecção de consciência dos profissionais que se recusam a participar nos procedimentos de aborto baseados em questões de consciência ou em questões religiosas. Apenas três estados nos Estados Unidos não facultam os direitos civis aos objectores de consciência quanto a estes procedimentos: Alabama, New Hampshire e Vermont. Apresentamos dois exemplos típicos da legislação americana:

Arkansas; Ark. Code ANN. § 20-16-601(a)-(b)

1 - Ninguém poderá ser obrigado a participar em procedimentos médicos dos quais resultem o termo de uma gravidez. A recusa de alguém em participar nestes procedimentos não constituirá uma base

¹⁵ Denise M. Burke, Federal Rights of Conscience Protection: Holding the line against mounting attacks, in Americans United for Life, defending Life 2009, 573 (AUL 200)(quoting Ira Glasser, 2002 ACLU Executive Director, Conscientious Objection and Reproductive Rights, 2002 Executive Summary, at 10. Conferência dos Bispos Católicos dos Estados Unidos, The Campaign to Force Hospitals to Provide Abortion 1 (set 2003).
<http://www.usccb.org/prolife/issues/THREAT.PDF> e <http://dl.aul.org/wp-content/uploads/pdfs/DL09--ALL.pdf>

para litígio perante ninguém nem uma base para um procedimento disciplinar ou para qualquer outra acção sancionatória.

2 - Nenhum hospital e nenhuma direcção de hospital poderão ser obrigados a praticar actos que ponham termo a gestações humanas na sua instituição e a recusa em permitir esses procedimentos não poderá constituir fundamento para litígio civil para qualquer pessoa nem uma base para uma acção recriminatória ou para uma sanção disciplinar da parte do Estado ou de qualquer outra entidade.

Flórida, Fla +. Stat. Ann § 390-011(8)

(8) Recusa da participação num procedimento que implique o termo de uma gravidez – Nada na lei exige que qualquer hospital ou qualquer pessoa sejam obrigados a um acto que implique a interrupção de uma gravidez, assim como a recusa à prática de tais actos não pode constituir um motivo de litígio. Os membros do pessoal de um hospital que se recusem a praticar actos que impliquem uma interrupção de gravidez e todos aqueles que manifestem objecção de consciência para tais actos com base em motivos de consciência ou em motivos religiosos não podem ser obrigados a praticá-los. A recusa nestes termos da prática e da colaboração naqueles actos não pode constituir o fundamento para uma intervenção de ordem disciplinar ou sancionatória.

5. O direito à objecção de consciência exclui a possibilidade de litígio pela recusa às práticas dos actos solicitados e não praticados

Com objectivo abusivo de “obrigar o prestador de cuidados médicos ao cumprimento dos serviços solicitados para os quais o doente está legalmente habilitado e que o prestador se recusa a facultar invocando a objecção de consciência”, a proposta de McCafferty exige a criação por cada Estado Membro de “um mecanismo que aceite e dê andamento efectivo às queixas que resultem do abuso da objecção de consciência e faculte às mulheres a possibilidade de prosseguir o seu desejo de abortar.”

Sob o ponto de vista jurídico a “cláusula de consciência” não é nada mais que uma garantia de imunidade destinada à protecção do médico contra a possibilidade de litígio por este se recusar a participar num acto de aborto requerido. A essência da cláusula de consciência é apenas uma garantia de que a recusa da prática do abortamento não tem consequências sancionatórias. Do mesmo modo que ocorre com os deputados parlamentares esta imunidade é uma condição de liberdade; apenas na condição da existência desta imunidade de podem exercer com liberdade os deveres éticos e profissionais do exercício da medicina.

A maior parte dos Estados da Europa e dos Estados Unidos protegem os clínicos e as instituições contra os litígios que poderão resultar da recusa à prática e à participação no aborto e em outros procedimentos relacionados. Essas protecções legislativas conferem a imunidade para os litígios quanto à recusa da prática dos actos em apreço, tal como está estipulado na legislação do Estado de Mississippi: “Nenhum prestador de cuidados de saúde poderá ser civil, criminal ou administrativamente acusado por se recusar à participação em serviços que violem a sua consciência,”¹⁶ Outro estado americano, a Luisiana, faculta um outro exemplo de boas práticas; entre outros preceitos legislativos a lei estipula que: “A- Nenhum médico, enfermeiro, estudante ou outra pessoa ou instituição poderá ser civil ou criminalmente demandada, discriminada, destituída, demitida, ou de qualquer modo prejudicada por se recusar de qualquer modo a recomendar, aconselhar, praticar, assistir ou a facultar um aborto. B- Nenhum trabalhador ou empregado de qualquer serviço ou instituição, pública ou privada, poderá ser civil ou criminalmente demandado, discriminado, destituído, demitido, ou de qualquer modo prejudicado por se recusar de qualquer modo a recomendar, aconselhar ou a facultar um aborto.”¹⁷

¹⁶ Mississippi. Miss. Code Ann, § 41-107-5.

¹⁷ Luisiana. Rev. Stat, Ann § 40:1299.31.

6. A objecção de consciência aplica-se aos indivíduos e às instituições

O **Tribunal Europeu dos Direitos Humanos** tem afirmado repetidamente que as instituições como os hospitais têm o direito legítimo de funcionar de acordo com o seu estatuto ético e moral, e podem, por exemplo, impedir que o seu corpo clínico e todos os seus funcionários pratiquem actos de abortamento e também impedir que contribuam para a sua prática. No caso de **Rommelfange vs. República Federal da Alemanha**¹⁸ a Comissão Europeia dos Direitos Humanos decidiu que o hospital pode impedir os seus colaboradores e funcionários de promover o aborto. Neste caso, a Comissão estipulou que o hospital tinha o direito de demitir o Dr. Rommelfange porque ele tinha assumido publicamente posições contra o estatuto da sua entidade empregadora. Nestes termos a Comissão Europeia entendeu que o hospital tinha o direito a assumir posições éticas nas práticas médicas nas quais os valores que defende fossem ofendidos. Esta regra aplica-se a toda a espécie de hospitais, públicos ou privados, se bem que os hospitais públicos não tenham necessariamente que ser orientados por referências éticas. Mais recentemente, no caso **Lombardi Vallauri vs. Itália**¹⁹, o tribunal confirmou a doutrina expressa no caso Rommelfange e aplicou o artigo 4º da Directiva 78/2000/CEs (§78), considerando, no contexto de uma instituição católica, que esta tinha um estatuto ético e moral a defender mesmo que esse direito limitasse os direitos e as liberdades de outras pessoas.

¹⁸ Comm. Eur. D. H., 6 Set 1989, nº 12242/86, Rommelfanger c/ RFA; DR, n. 62, p. 151.

¹⁹ CEDH, 20 Out 2009, Lombardi Vallauri c/ Itália, App. Nº 39128/05.

7. O direito de objecção de consciência inclui a não discriminação

O Relatório McCafferty implica uma imediata discriminação contra qualquer pessoa que se recuse à prática ou à participação num aborto ou a qualquer outra prática que com ele se relacione, como a assistência, o acordo, o apoio, ou ainda a prática de outros actos contra a vida humana como a eutanásia ou a morte deliberada de um feto humano ou de um embrião. A discriminação implica uma violação da liberdade de consciência e induz à prática de numerosos actos de discriminação, nomeadamente nos domínios do emprego.

O Artigo 14º da Convenção “*Proibição de discriminação*” determina uma protecção igual para a aplicação do Artigo 9º para todos os prestadores de cuidados de saúde qualquer que seja a sua religião: “*As garantias do exercício dos direitos e das liberdades estabelecidos nesta Convenção estarão asseguradas sem discriminação relativamente ao sexo, à raça, à cor, à linguagem, à religião, à orientação política e a qualquer outra opinião, à origem nacional ou social, à associação a todas as minorias, aos seus bens, ao nascimento ou a outro estatuto.*”²⁰

Assim, nenhuma entidade empregadora pode fazer a discriminação de alguém que se recuse à prática ou à participação num aborto ou em práticas com ele relacionadas. Os médicos são muitas vezes pressionados para a prática do aborto. Tal como muito frequentemente ocorre com as enfermeiras que se recusam à prática do aborto estes médicos são muitas vezes discriminados na sua carreira. Como o tribunal explicitou no caso **Thlimmenos vs. Grécia**: “*o direito à não discriminação quanto ao exercício dos direitos garantidos por esta Convenção também é ofendido quando os Estados, sem uma justificação e uma fundamentação razoável,*

²⁰ CEDH, art. 14º.

não tratam diferentemente as pessoas quando as situações são significativamente diferentes.”²¹

As sociedades democráticas geralmente têm normas de proibição de discriminação daqueles que se recusam a praticar ou a participar num aborto ou em outras práticas que causem o fim da vida humana. Por exemplo, a Lei Federal Americana, U.S.C. § 300a-7(c), “*Esterilização ou Aborto*” determina que: “*Nenhuma entidade (recebendo fundos do governo)... pode – (A) Discriminar no emprego, na promoção, no despedimento qualquer médico ou membro do pessoal da saúde ou (B) praticar a discriminação de qualquer outro modo a médicos e a outro pessoal da saúde por razões resultantes das práticas ou da assistência a actos previstos nas leis como os procedimentos de esterilização e de aborto, bem assim como da sua recusa na participação na prática de tais actos, mesmo que eles estejam no âmbito das suas competências, se aqueles actos forem contrários à sua religião ou às suas convicções morais.*”

A legislação de quase todos os estados americanos explicitamente proíbe a discriminação dos objectores de consciência. Por exemplo, a lei do Estado de Minnesota estipula que: “*Nenhuma pessoa e nenhum hospital ou instituição pode ser coagido, ser acusado ou discriminado de qualquer modo pela recusa da prática, pela recusa da assistência e pela recusa do apoio às práticas do aborto.*”²²

8. O direito de objecção de consciência exclui o dever da prática do procedimento ainda que não seja possível a referência de uma outra entidade que o pratique

O relatório de Mrs. McCafferty estipula que “*exista o dever de tratar na condição de não ser possível a referência a uma*

²¹ Thlimmenos c/ Grécia (GC). N° 34369/97, ECHR 2000-IV

²² Minnesota § 145.414(a)-(b)

outra entidade que proceda ao acto”. Esta atitude deverá existir nos *tratamentos* médicos e em todos casos de emergência. Os procedimentos abrangidos pela objecção de consciência, como o aborto e a eutanásia não são tratamentos médicos e não constituem obrigações nem deveres dos médicos nem de nenhuma outra profissão.

9. O direito de objecção de consciência aplica-se à participação directa e indirecta nos actos para os quais é invocada

De acordo com o relatório de Mrs. McCafferty “*apenas os prestadores directamente envolvidos no procedimento em questão*” poderão, em certas circunstâncias, ter autorização para objectar. Por outras palavras, todo o pessoal médico e paramédico como as enfermeiras e todo o pessoal auxiliar e colaborador não poderá invocar a objecção de consciência praticamente em todas as circunstâncias visto que, de um modo geral, não intervêm directamente nos actos de abortamento. Apenas o pessoal médico e o médico que pratique directamente o acto de aborto pelas suas próprias mãos (ou pratique outro procedimento que implique a morte de um ser humano), poderá, em certas circunstâncias, invocar a objecção de consciência. As enfermeiras e todo o pessoal auxiliar que necessariamente colabora nos actos não poderão invocar a objecção de consciência.

Além disso, a entidade prestadora dos actos médicos será obrigada a participar indirectamente (ou a servir de intermediária) no “*procedimento em questão*”. Portanto, no texto proposto ao Conselho da Europa está claramente expresso, que, em todas as circunstâncias, a entidade prestadora de cuidados de saúde poderá ser instada a “*dar informações*” sobre o procedimento em questão “*a referir outro prestador que proceda ao acto ou aos actos requeridos na situação de estes não poderem ser praticados*” e ainda “*a assegurar que a doente receba o tratamento adequado pelo prestador a quem a doente tenha sido referido*”. Por outras palavras, o prestador de cuidados

de saúde terá o dever de participar indirectamente no procedimento do aborto e noutras práticas onde a objecção de consciência pode ser invocada. Consequentemente, a entidade prestadora dos actos médicos será moral e profissionalmente responsável pela não colaboração indirecta nesses actos.

Como já foi citado anteriormente, o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos no que se refere à objecção de consciência aplicável aos actos médicos considera que apenas nas situações em que não exista uma efectiva participação no acto objectável é que a objecção de consciência não poderá invocar-se. Esta doutrina está expressa claramente em múltiplas decisões do Tribunal, particularmente nos casos Knudsen contra a Noruega,²³ Pichon e Sajous contra a França²⁴, Jean Bousset du Bourg contra a França²⁵ e Tysiac contra a Polónia²⁶. A objecção de consciência aplica-se aos profissionais de cuidados de saúde que se recusem a aconselhar o exercício ou a assistência directa ou indirecta a certos actos. Todos os médicos que possam vir a ser solicitados a participar num acto de aborto têm o direito à objecção de consciência, quer a sua participação seja directa ou indirecta e constitua ou não uma fase integrante do procedimento. Esta norma aplica-se do mesmo modo a todos os profissionais que possam de qualquer modo ser solicitados a colaborar no acto como as enfermeiras, os anestesistas e o pessoal auxiliar. Por exemplo, a lei francesa determina que: “Nenhum médico será obrigado a praticar (...) Nenhuma parteira, nenhum enfermeiro ou enfermeira, nenhum auxiliar médico poderá ser obrigado a participar numa interrupção de gravidez.”²⁷

²³ TEDH, 8 Março 1985, Knudsen c/ Noruega, App. n° 11.045/84.

²⁴ TEDH, 2 Out 2001, Pichon e Sajous c/ França, App. n° 49853/99

²⁵ TEDH, 18 Fev 1993, Jean Bousset du Bourg c/ França, App. n° 20747/92

²⁶ TEDH, 20 Março 2007, Tysiac c/ Polónia, App. n° 11.045/84

²⁷ Artigo I. 2212-8 CSP e artigo 2213-2 CSP.

Como em outros Estados americanos, a Lei do Estado de Wyoming propõe a mesma doutrina; “Ninguém pode, de qualquer modo, ser obrigado a praticar um acto de aborto ou outro acto que contribua para a morte de alguém, a eutanásia ou a morte de um feto ou um de embrião humano.”²⁸

A lei do Texas é explícita relativamente à participação indirecta no aborto: “Um médico, uma enfermeira, um membro do pessoal auxiliar ou um empregado do hospital ou de outra entidade prestadora de cuidados de saúde que faça objecção de consciência à participação directa ou indirecta num procedimento de aborto não poderá directa ou indirectamente ser coagido a praticar ou a participar directa ou indirectamente nesse acto.”²⁹

10. O direito da objecção de consciência não pode ser prejudicado pelo não exercício de outros direitos

A proposta de Mrs. McCafferty exige dos Estados Membros “que se compense o direito de objecção de consciência praticado por alguém no âmbito dos cuidados de saúde que constituam responsabilidades da sua profissão com o direito dos doentes ao acesso em tempo oportuno aos cuidados de saúde solicitados.” A matéria em questão neste ponto que se refere à compensação de um direito que alegadamente é retirado aos doentes é “a exigência de que o prestador de cuidados de saúde providencie no sentido da prestação do serviço a que o doente tem direito a despeito da existência da objecção de consciência.”

O direito fundamental da liberdade de consciência e de religião garantido pela Convenção não pode ser subordinado a direitos e a liberdades “não existentes”, como o são o acesso a tratamentos “não médicos” como o aborto e a eutanásia. Mrs. Mc Cafferty chama a

²⁸ Wyo, Stat Ann, § 35-6-106 (LexisNexis 2010).

²⁹ Tex. Occ Code Ann. ± 103.001 (LexisNexis 2010).

atenção para a exigência de compensação de “direitos” de doentes não cumpridos por razões de cumprimento de direitos dos objectores de consciência. A interpretação do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos do texto da Convenção é exactamente a oposta: Os “direitos” não enunciados devem ser subordinados aos direitos explicitamente reconhecidos e garantidos pelo texto da Convenção. O aborto, a eutanásia e outros procedimentos que causam a cessação da vida humana não são reconhecidos como direitos perante a Convenção e seria contrário ao texto da Convenção o “balanceamento” entre o acesso a essas práticas e o conteúdo do artigo 9º. Veja-se o exemplo da decisão do Tribunal Europeu sobre o caso “*Chassagnou e outros vs. França.*”³⁰

A tese de Mrs. McCafferty está fatalmente prejudicada porque apresenta o aborto e outras práticas que provocam o fim da vida humana como a eutanásia como se se tratassem de quaisquer outros procedimentos médicos, incluindo-os no chamado “direito à saúde”. O relatório proposto admite o aborto como se fizesse parte da rotina do tratamento médico. Se fosse assim, o aborto por opção da mulher poderia então ser regulado como qualquer procedimento médico e como tal fosse integrado na mesma categoria de qualquer obrigação contratual no âmbito dos cuidados de saúde. Mesmo nessas circunstâncias e ainda que fosse encarado como um mero procedimento de rotina, os profissionais de saúde não poderiam nunca ser coagidos a participar num acto contra a sua vontade. Os profissionais de saúde poderiam sempre recusar essa intervenção fundamentados na sua opinião profissional de que a intervenção não tinha indicação ou de que o objectivo do procedimento solicitado não se adaptava às circunstâncias (v. g., do procedimento resultaria um dano maior do que o benefício esperado, o risco seria muito

³⁰ Chassagnou e outros c/ França. (GC), nº 25088/94, 2833/95, § 113, TEDH 1999-III (As restrições aos direitos e às liberdades garantidas pela Convenção constituem uma matéria diferente da protecção dos direitos e das liberdades não enunciadas como tal nesta Convenção).

grande ou que não se tratava de uma emergência médica, etc). A decisão ficaria sempre subordinada ao julgamento médico. Nestes termos, o direito de objecção de consciência poderia nem sequer ter necessidade de ser invocado em condições normais do exercício da prestação de cuidados de saúde.

11. O direito de objecção de consciência está garantido mesmo na ausência de uma lei nacional específica que o determine

Por princípio o termo de uma vida humana é um acto proibido em todos os períodos de evolução da vida. O direito à objecção de consciência existe mesmo na situação em que não exista uma lei específica para o proteger porque o contexto onde se insere é a própria natureza ética do exercício da medicina. O direito à objecção de consciência existe porque a eutanásia e o aborto constituem um “mal social”. As leis que permitem a violação da integridade física sem um objectivo terapêutico (como o são as leis que facilitam o aborto, a eutanásia e a pesquisa científica implicando a destruição de embriões humanos) constituem exemplos de excepções ao princípio da dignidade primordial da vida humana. A objecção de consciência nestes casos pode sempre invocar-se porque os objectivos destes procedimentos não são de ordem terapêutica e correspondem a situações em que existe a cessação voluntária da vida humana.

A eutanásia e o aborto, sendo sempre procedimentos que implicam a destruição voluntária de vidas humanas, não são matéria de crença ou de opinião; o terminação da vida humana constitui um facto. Por isso, o direito à objecção de consciência não faz parte dos direitos mais gerais que se referem a ter “uma opinião” ou a ter uma crença religiosa. A objecção de consciência constitui um direito a não tomar parte numa cessação voluntária de uma vida humana quando este acto é permitido pelas leis, quer a pessoa tenha ou não uma crença religiosa. Sublinhe-se que o sentido de “cláusula

de consciência” é de menor abrangência do que o sentido de “*objecção de consciência*”. O conceito de objecção de consciência envolve o facto de que ninguém que o invoque poderá ser forçado à prática de um acto contra a sua vontade. Esta é a razão pela qual Mrs. McCafferty está fundamentalmente errada quando propõe que “*os objectores de consciência tenham o ónus de provar que a sua objecção está fundamentada na sua consciência ou na sua crença religiosa e que a recusa é feita de boa fé*” (§ 19). Ao contrário da opinião muito pessoal de Mrs. McCafferty, a boa fé do médico que recusa tomar parte numa intervenção que implica a perda de uma vida humana está sempre presumida. Em democracia, a liberdade de consciência e a boa fé estão sempre presumidas. A coacção moral não deverá nunca tornar-se a regra.

12. O direito de objecção de consciência constitui um símbolo da liberdade contra os estados totalitários

A objecção de consciência constitui um símbolo da liberdade. Também é a demonstração da supremacia da consciência contra uma lei que é injusta. O direito de consciência está protegido na maior parte dos países livres não simplesmente porque uma facção política que teve o poder o instituiu (e nestas circunstâncias estaria sujeita a mudanças e a limitações se o poder político se alterasse) mas porque os direitos da consciência constituem exactamente direitos fundamentais que devem ser reconhecidos como tal. Os governos precisam das leis para impedir os excessos e as deficiências nas condutas dos indivíduos em sociedade, mas “*há limites no comportamento e na conduta individual que as leis não podem ultrapassar.*”³¹ Este princípio tem mais força nas

³¹ Robert Araújo, *Conscience Protection and the Holy See*. 1 Ave Maria Int’l L J, 10 (Spring 2009), disponível em <http://www.avemarialae.edu/assets/documents/InternationalLRARaujoConscienceProtectionandHolySee.pdf> (last accessed 18 June 2010).

democracias ocidentais nas quais a cidadania tem supremacia sobre a subordinação aos poderes. Como Robert Araújo sublinha, “*O Estado não confere o direito de consciência. A fonte desse Direito não é o Estado. A fonte do Direito é a natureza humana que tem a sua origem na Criação. Mesmo aqueles que não proclamam e aqueles que rejeitam a existência de Deus aceitam a inexorável verdade que não foi o Estado que nos criou; o Estado não é o autor da natureza humana nem o seu destino.*”³² A confiança ilimitada na lei positiva não esclarecida pela razão conduz ao positivismo; e este aos motivos de preocupação expressos pelo Professor Hart na Alemanha durante a discussão sobre o regime nazi no período imediato do pós-guerra: “*Os homens perversos aprovam leis perversas que outros irão pôr em prática ainda de um modo mais perverso.*”³³

Como resposta às experiências médicas legais praticadas pelos nazis, o Código de Nuremberga claramente reafirma a supremacia da consciência própria e individual sobre as leis positivas e o dever legal de os médicos agirem de acordo com a sua própria consciência. O art 4º do Código de Nuremberga postula que: “*o facto de alguém agir por ordem de um governo ou de um superior hierárquico não o desobriga das suas responsabilidades perante a lei internacional, desde que lhe seja, de facto, possível tomar uma decisão fundamentada na moral.* Este princípio proclama o dever moral e legal da objecção de consciência às ordens que sejam injustas mesmo que sejam legais.

13. O relatório de Mrs. McCafferty viola o princípio da subsidiariedade

Presumindo erradamente a existência do direito ao aborto e da eutanásia, o relatório de Mrs. McCafferty viola o princípio da subsidiariedade. O direito à vida e a determinação do início da vida

³² Id, nº 14.

³³ Id, nº 35, citando H L A Hart, *The Concept of Law* (The Legal Classics Library, 1961, 1990).

são matéria sobre a qual o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos já decidiu apoiado em legislação fora do âmbito do Conselho da Europa (e dos seus órgãos) por imposição dos pontos de vista morais dos Estados Membros. Mais ainda, o direito ao exercício da objecção de consciência do prestador de cuidados de saúde está intimamente ligado ao direito à vida que é uma área muito sensível do direito que cai fora da jurisdição do Conselho da Europa. A interpretação da Convenção quanto às matérias relacionadas com o “direito à vida” refere-se a circunstâncias íntimas de ordem moral ligadas aos conceitos de vida humana. Estes conceitos estão para ser definidos no nível da legislação de cada país, como o tribunal explicitou em *Vo vs. França*.³⁴

A lei nunca criou e não poderá criar um alegado “direito” ao aborto ou à eutanásia porque essas práticas estão inerentemente ligadas ao direito à vida e não podem constituir por si próprias um direito. Na Convenção apenas se reconhece o direito à vida se bem que apenas incompletamente esse direito possa ser garantido. Em casos excepcionais poderá um Estado reduzir numa margem muito estreita o grau de protecção da vida. Mas esta redução do grau de protecção da vida não poderá ser exercida à custa de outros direitos fundamentais, como os direitos dos médicos e de outros profissionais de saúde. A questão de poder impôr o direito ao aborto ou à eutanásia através do texto da Convenção parece completamente imprópria e inadequada. A exclusão do direito à vida de uma criança não nascida ou de uma pessoa idosa não pode extrair-se do texto da Convenção. Sobre este ponto, o Tribunal Europeu tem repetidamente mantido a posição de que a Convenção afirma decididamente a proibição do aborto e da eutanásia considerando-os como crime. Repetidamente, como nos casos de Jean-Jacques *Amy vs. Bélgica* (1998)³⁵ e de

³⁴ *Vo c/ França* (GC), ° 23924700. § 82, ECHR 2004-VIII.A

³⁵ ECHR, 26/10,2004, *Maria do Céu Silva Monteiro Martins Ribeiro c/ Portugal*, App. n° 16471/02.

Maria do Céu Silva Monteiro Martins Ribeiro vs. Portugal (2004) (referindo-se à conduta de um médico belga e de uma enfermeira em Portugal que praticavam ilegalmente abortos) o tribunal decidiu que o Estado deve condenar as mulheres que abortam ou que praticam o aborto contra as regras previstas na lei de cada país. De facto, não existe o direito ao aborto expresso no texto da Convenção. Mais recentemente, no caso *Tysiac vs, Polónia*³⁶, o Tribunal também validou a substância da lei polaca que é restritiva relativamente ao aborto; como ainda no caso *Pretty vs. Reino Unido*³⁷ o Tribunal decidiu que não existe o direito à eutanásia no texto da Convenção.

Uma vez mais: o direito à vida é matéria que diz respeito às leis nacionais. O **European Centre for Law and Justice** sublinha e adverte que este Relatório é gravemente atentório da liberdade de consciência. A abertura à liberdade de acesso ao aborto que a apresentação deste relatório pretende não pode ferir, prejudicar e diminuir o princípio fundamental da “liberdade de consciência”.

Por todas as razões que foram a apresentadas, a proposta de Resolução e a consequente Recomendação de Mrs McCafferty devem ser rejeitadas.

³⁶ *Tysiac c/ Polónia*, App. N° 541003, ECHR, 2° Março 2007.

³⁷ *Pretty c/ Reino Unido*, n° 2346/02, ECHR 2002-III.

A BIOÉTICA NUMA ENCRUZILHADA*

Por Daniel SERRÃO

Afirmei em 1996 o seguinte: «Ou me engano muito ou a reflexão profunda que a palavra bioética suscita nalguns dos mais brilhantes e responsáveis espíritos do nosso tempo vai abrir o caminho para que a Bioética seja a grande e generosa Utopia do Século XXI, sobre a qual se irá construir uma economia global mais justa, uma ecologia mais sensata, uma política mais responsável e uma religião mais alegre – tudo contribuindo para a realização do melhor bem dos seres humanos, em paz». Era uma mensagem de optimismo.

Afirmo hoje que, exactamente por ser uma utopia generosa, a Bioética está numa encruzilhada; está no pequeno espaço onde se cruzam a generosidade com os interesses, a verdade com a mentira, a lealdade com a falsidade, a independência com a subserviência, a autonomia da pessoa com o controlo social.

A Bioética, conceptualizada como uma análise ética de todas as formas de vida, orienta-se para o melhor bem de cada ser vivo e para a melhoria da condição vegetal, animal e humana em geral.

Entendida assim como Bioética Global, ela incomoda todos os exploradores dos recursos da natureza viva, vegetal e animal, e do próprio planeta Terra, ao qual o grande cientista Lovelock atribuiu

* Palestra proferida no Congresso Ibérico de Estudantes de Medicina (Santiago de Compostela, 31 de Outubro de 2008), palestra que mantém toda a actualidade.

uma forma particular de vida, que respeita e sustenta toda a vida que dela e nela emerge, comparando-a com a *Gaya* da mitologia grega.

O confronto entre os apóstolos de uma Bioética Global e os predadores dos recursos da Terra viva, levou a que os bioeticistas, na encruzilhada, decidissem seguir a via da intervenção política, transformando-se em Partido da Terra, Partido Ecologista, Partido Verde e por aí fora.

Mas fazer da Bioética Global uma estrutura inserida na política partidária, é matar a Bioética. É introduzi-la no jogo dos compromissos e das habilidades do politicamente correcto, retirando-lhe a capacidade autónoma de defender a verdade. O actual debate sobre as políticas de energia – a fóssil, a nuclear, a renovável e a limpa – ilustra bem o conflito entre os interesses económicos, estratégicos e sociais, e uma leitura ética, independente e honesta, deste magno problema da humanidade. A forma como, por exemplo, são manipulados os pareceres sobre o impacto ambiental – que é um conceito bioético – das grandes obras públicas para, com esses pareceres, conseguirem convencer os eurocratas de Bruxelas a pagarem, é um outro exemplo da morte da Bioética Global.

Mas não é esta bioética a que nos vai ocupar aqui. Num encontro de estudantes de Medicina, é de Bioética aplicada à Saúde que devo falar.

Ora a Bioética como Ética Médica, ou Ética dos Cuidados de Saúde está, ela também, numa difícil encruzilhada. Vejamos porquê.

Outrora, a ética médica era apenas a ética das decisões e comportamentos dos profissionais de saúde, essencialmente dos médicos. Estes, falando entre si e reconhecendo que tinham poder sobre as pessoas doentes que se lhes confiavam, acordaram em fazer uma análise ética das suas atitudes possíveis, distinguindo as boas

das más, as que eram para o benefício das pessoas e as que eram malélicas ou prejudiciais, embora dessem benefício financeiro a eles, médicos.

Então, porque se consideravam pessoas poderosas, mas justas e honestas, decidiram escrever um texto no qual era proibido o que era mau para as pessoas e louvado o que era bom. E quem quisesse ser médico tinha de jurar por todos os deuses e deusas que, como médico, iria cumprir o que os seus colegas tinham estabelecido como lei interna da profissão.

Assim, a análise ética dos comportamentos habituais dos médicos transformou-se num Código de deveres que tinham de ser cumpridos sob pena de os incumpridores serem expulsos da profissão pelos colegas. Ou seja: a Ética evoluiu para uma Deontologia, um código de deveres a serem cumpridos pelos médicos, como cidadãos honestos e justos.

Não obstante a evolução permanente das organizações sociais durante vinte séculos, desde os Gregos, onde a Deontologia nasceu, os médicos, no seu conjunto, sempre se consideraram como um grupo específico de cidadãos honestos e justos que procuravam ser competentes nos cuidados prestados aos doentes, os quais respeitavam como pessoas, e que não se aproveitavam da fragilidade da pessoa doente e do seu poder sobre ela para cometerem abusos, designadamente na remuneração pelo seu trabalho.

Sérios, honestos, competentes, disponíveis e generosos, os médicos, mesmo quando eram pouco ou nada eficazes na cura dos “seus” doentes, recebiam da sociedade um respeito, uma consideração, uma estima e uma gratidão que não eram outorgados a nenhuns outros profissionais, nem sequer aos das forças armadas. Em muitas terras portuguesas há Praças com estátuas de médicos e Avenidas e Ruas com o nome de médicos em placas nas quais está escrito o elogio público das virtudes humanas e profissionais do médico que dá nome à Avenida ou Rua.

A relação do doente com o médico era, então, baseada na confiança que é um valor ético essencial ao relacionamento entre pessoas. Por isto, sempre tenho afirmado que o diálogo singular da pessoa do médico com a pessoa do doente é sempre ético, antes de ser científico e técnico. E tem de permanecer ético, ao longo do atendimento de todos os episódios da doença. E tem de ser marcadamente ético quando a doença não pode ser curada, mas o doente merece um acompanhamento profissional específico até ao instante da morte.

Mas tudo está a mudar e por isso eu penso que a Ética Médica está numa verdadeira encruzilhada.

Dois grandes acontecimentos marcam a mudança.

O progresso científico e tecnológico que arrancou de forma imparável logo no início da segunda metade do século XX, veio expandir a actividade médica, no diagnóstico e nas intervenções terapêuticas, de um modo tal que, quem olhou a primeira radiografia ou viu o resultado terapêutico da primeira penicilina, não foi capaz de prever.

Eu, que comecei a exercer medicina em 1951, testemunhei este alucinante progresso que cresce hoje numa progressão geométrica.

Que está a acontecer ao Código Deontológico que os médicos da Escola Hipocrática congeminaram para uma prática médica infinitamente mais simples? Ele resistiu a Galeno, a Paracelsus, aos grandes anatomistas do Renascimento, às proezas cirúrgicas de Ambroise Paré nas guerras napoleónicas, à descoberta do fonendoscópio, à teoria celular de Virchow; e, quando William Osler levou para a América nascente o melhor da medicina europeia, praticada em Londres, Paris e Viena, levou também a tradição da deontologia hipocrática como padrão das relações dos médicos entre si e dos médicos com as pessoas doentes. Resistirá o Código ao vendaval de uma medicina que se considera hoje uma ciência de rigor praticada por médicos cientistas?

Este foi e é o primeiro acontecimento.

O segundo, em grande parte consequência do primeiro, é que todas as actividades relacionadas com o atendimento das pessoas doentes, o diagnóstico da doença e o seu tratamento, transformaram-se num negócio de primeira grandeza na economia de cada País e, cada vez mais, na economia global. Este negócio tem três pilares principais.

- A construção e equipamento das infra-estruturas hospitalares e o seu funcionamento diário.

- A produção de meios para diagnóstico e tratamento, como um microscópio electrónico, uma bomba de cobalto, ou um tomógrafo com emissão de positrões.

- A poderosa indústria farmacêutica que inunda constantemente o mercado com novos fármacos, cada vez mais caros.

Assim, o médico é hoje uma pequena peça nesta engrenagem trituradora, que actua ao nível mundial global, e de que uma Faculdade de Medicina como esta, e um Hospital como o vosso, são necessária e obrigatoriamente tributários. Como fica a ética da relação médico-doente quando entre o médico e a pessoa doente se introduz uma pesada máquina burocrática obrigada a gerir, com critérios económicos, o negócio da saúde?

A estes dois acontecimentos, bem individualizáveis e quantificáveis, junta-se ainda um terceiro, mais difuso e incerto, mas actuante.

A relação da pessoa doente já não é, em muitos casos e particularmente nas situações de maior gravidade clínica, com um médico individualizado, mas com uma instituição.

A impenância, e até a beleza dos Hospitais modernos, o formigueiro de profissionais que neles se movimentam, o acolhimento personalizado por parte de profissionais que não são médicos nem enfermeiros, levam as pessoas a esta convicção: aqui eu vou ser tratada como deve ser e não morrerei.

Deste pessoal sentimento de imortalidade, não expresso mas existente, começam a participar os médicos-cientistas para quem o doente é um caso que tem de passar por vários aparelhos, piscando aqui e ali para os seus produtos corporais serem analisados e assim se encontre uma chave de diagnóstico; não da pessoa concreta mas da doença que ela transporta e de que o médico-cientista se apoderou; e até irá publicar o caso numa boa revista da especialidade, tantas vezes sem o conhecimento nem o consentimento da pessoa.

A ética da relação médico-doente viu-se assim numa encruzilhada de muitos e diversos caminhos:

- O acto médico deixou de ser singular: é plural.

- A pessoa doente enfrenta uma equipa de especialistas, cada um dos quais se ocupa apenas de uma parte do seu corpo; enfrenta equipamentos técnicos de grande complexidade e alguns deles até assustadores; recebe tratamentos que a levam à fronteira da morte como nas cirurgias de alto risco ou nas quimioterapias combinadas. E morre, sem aviso e sem uma palavra de conforto ou um gesto de compaixão.

Duas soluções foram propostas para sairmos da encruzilhada: a *principiologia ética* como método, e as comissões de ética como estrutura executiva. Vejamos a *principiologia*.

O Código Deontológico é um código de virtudes pessoais, em sentido aristotélico, e o cumprimento das normas deontológicas é uma questão de honra pessoal; e, por isso, o Código é jurado perante os colegas. É como um testemunho nos Tribunais em que a pessoa jura dizer a verdade.

Na prática médica actual e numa sociedade pós-moderna que já não acredita nas virtudes de ninguém, o código deontológico está esvaziado, a menos que as normas, ou algumas normas, sejam incorporadas no Direito e figurem no Código Civil e no Código Penal. Os americanos, que são gente prática, decidiram que, se a sociedade aceita valores, *prima facie*, que se impõem por si próprios,

o que é preciso é extrair desses valores princípios, nos quais depois se fundamentam normas.

Então a linguagem da bioética e a sua operatividade passou a ser: **valor**, quase sempre uma palavra, por exemplo, liberdade; **princípio**, também uma palavra ou expressão curta, por exemplo, autonomia; e finalmente uma **norma** que é uma regra de actuação bem explicada e para ser aplicada a casos concretos, por exemplo, consentimento para qualquer acto médico por parte da pessoa doente, depois de ter sido informada de modo claro, compreensível e justo, do acto que o médico lhe propõe, das suas consequências e dos seus riscos.

Os quatro princípios todos os conhecem, porque a principiologia tem tido sucesso tanto nos Estados Unidos como na Europa: a **autonomia**, baseada no valor da liberdade humana, a **beneficência** e a **não maleficência**, dois princípios baseados no valor do bem-estar humano, a **justiça**, baseada no valor da igualdade humana. Um quinto princípio foi depois acrescentado: o princípio da **vulnerabilidade**, baseado no valor da fragilidade humana. Porque, de facto, em certas fases da vida, embora livre e igual, embora aspirando ao bem-estar como felicidade pessoal, o ser humano é frágil, o que justifica, pelo princípio da vulnerabilidade, uma discriminação positiva. Penso na criança ainda no útero materno, no recém-nascido, no grande idoso e no doente em fase terminal.

Para os modernos bioeticistas, o que é importante é que o médico, nas suas relações com o doente, respeite os princípios e cumpra as normas deles deduzidas. Não lhes interessa se o médico é bom e compassivo, generoso, disponível, afável e honesto. O que vale é o cumprimento dos princípios e das normas e não a qualidade do agente. Terá de ser profissional e tecnicamente competente, no respeito pelo princípio da não maleficência, pois da incompetência pode resultar um mal para o doente.

A tendência global é incluir as normas de procedimento nas *guidelines* das instituições e fixar as penalizações para os médicos que as não cumprem. E muitas normas estão já protegidas pelo ordenamento jurídico dos países. Em Portugal, por exemplo, actuar sobre um doente sem este ter sido informado e ter dado o seu consentimento é ofensa a um direito de personalidade, punida com pena até três anos de prisão. Mesmo que o médico tenha salvo a vida ao doente, fora de uma situação de extrema urgência na qual, claro está, o médico pode agir sem esperar pela obtenção do consentimento informado.

O médico está a perder a sua aura de pessoa virtuosa que se interessa pelas pessoas, primeiro por serem pessoas, e depois por estarem doentes. Aos olhos do público ele começa a ser visto como um técnico, que desempenha uma profissão técnica, para a qual é pago. Se a pessoa achar que ele não desempenha bem a sua obrigação, apresenta queixa ao Ministério Público pedindo avultadas indemnizações financeiras, se é um processo cível, ou exigindo penas de prisão se é um processo crime.

A relação médico-doente baseada na confiança mútua é, agora, uma relação de potencial litigância da qual o médico tem de procurar defender-se. Assim, nos Estados Unidos e já em Portugal também, os médicos praticam uma medicina defensiva, multiplicando exames de imagens e as análises de todos os tipos para se protegerem do erro de diagnóstico. Certas especialidades, coma a Obstetrícia e a Pediatria de recém-nascidos (Neonatalogia) começam a não ser escolhidas pelos médicos, com receio de se verem processados por situações como a morte materno-fetal que, mesmo sem qualquer erro médico, vai acabar no Tribunal e nos meios de comunicação social, destruindo a vida profissional e, pior ainda, a dignidade e auto-estima dos médicos injustamente acusados e, às vezes, injustamente punidos por magistrados incapazes de compreenderem as particularidades dos actos médicos.

Em Portugal as queixas contra médicos, apresentadas na justiça ou na Ordem dos Médicos, aumentam constantemente em número e em gravidade. E a prática da medicina defensiva é cada vez mais comum, agravando, em muito, os custos de hospitais públicos e de clínicas privadas. Uma pessoa que chega a um serviço de urgência com umas escoriações num joelho e sem outras queixas, não sairá sem muitas radiografias do joelho e da anca, sem uma ecografia abdomino-pélvica e sem uma tomografia axial computadorizada do crâneo e da coluna; o que pode exigir um internamento hospitalar.

Nos cuidados primários e na clínica geral de ambulatório, a relação médico-doente continua ainda a beneficiar de um paternalismo respeitoso e confiante, por parte do médico, e de uma atitude, quase sempre amigável, por parte da pessoa doente. Mas na estrutura das unidades hospitalares o cenário prevalecente é o que acabo de descrever. Por isso, para lidarem com os problemas éticos resultantes de uma atitude geral de desconfiança e suspeição foram criadas Comissões de Ética hospitalares, com médicos, enfermeiros, administrativos, juristas, utentes e ministros religiosos. Algumas têm psicólogos e/ou filósofos.

A estas Comissões de Ética são atribuídas diversas funções, sendo a mais importante a de dar pareceres sobre a “utilização” de doentes internados em ensaios terapêuticos para a avaliação de novos medicamentos na fase IV, mas também na fase III. A pressão exercida sobre os membros das Comissões de Ética pelas multinacionais da indústria farmacêutica é umas vezes directa e corruptora, outras vezes indirecta e subtil, mas quase sempre eficaz.

A investigação em Medicina está hoje muito dependente do financiamento desta Indústria e as carreiras dos médicos estão indexadas ao número e qualidade dos trabalhos que realizam e publicam. É, por isso, muito difícil ter uma Comissão de Ética independente e sem conflito de interesses entre os seus membros e as

empresas que requerem o parecer que autoriza o ensaio. A literatura sobre este tema é já abundante nos Estados Unidos; em Portugal foram julgados alguns casos de médicos acusados de prescreverem em excesso e sem justificação clínica medicamentos de empresas de quem tinham recebido favores ou dinheiro.

As empresas farmacêuticas pressionaram a Comissão Europeia que elaborou uma Directiva impondo que nos países existisse apenas uma Comissão de âmbito nacional para análise ética das propostas de investigação clínica. Em Portugal assim acontece já e as suas autorizações são válidas para todos os Hospitais e Centros de Saúde portugueses.

Por todos estes motivos, a Bioética, como Ética Médica, está numa difícil encruzilhada de caminhos opostos. Para salvar a sua independência e proteger a autonomia das suas decisões, tem de entrar em confronto com o poder político como com o poder económico, e até com uma certa transigência social com conflitos de interesses não expressos nem declarados publicamente.

- Como *ética descritiva* tem de ser rigorosa e como *ética prescritiva* tem de ser clara e verdadeira

- Como *ética deliberativa*, ou seja, emitindo pareceres vinculativos, tem de ser corajosa e frontal.

No meu ponto de vista, melhor fora que fosse descritiva e prescritiva e deixasse ao poder político o ónus de decidir e de impôr.

À ética deverá caber-lhe apenas a descrição objectiva dos factos em apreço, dos valores em causa e dos princípios intocáveis; com base nesta análise descritiva deverá prôpor decisões – aquelas que lhe pareçam, eticamente, mais bem fundamentadas, eventualmente com alternativas. Mas são o poder político e administrativo que devem criar e impôr as normas de actuação dos profissionais. Estes, se as não puderem aceitar, terão sempre o recurso legítimo da objecção de consciência, como é o caso da actual lei de abortamento livre em Portugal.

Mas, do meu ponto de vista, o caminho que retirará a Bioética da encruzilhada em que se encontra, é uma aposta firme na antiga *ética das virtudes*. Porque só a virtude do profissional é garantia segura do respeito absoluto pela dignidade humana. Dignidade dos profissionais e, o que é igualmente importante, a dignidade das pessoas doentes.

«Doutor, estou entregue nas suas mãos», dizem ainda alguns doentes. E dizem bem. As mãos, dignas, do médico, serão sempre benéficas para o doente e não maleficientes, respeitarão a sua autonomia pessoal e actuarão com equidade, ajudando os mais vulneráveis. Mais do que em princípios abstractos, a pessoa doente quer voltar a ter confiança na pessoa do médico. As novas gerações de médicos, tenho a certeza, vão saber restaurar a confiança dos doentes e honrar o sempre actual compromisso hipocrático.

QUANDO NA BIOÉTICA SÓ INTERESSAM AS CONSEQUÊNCIAS - O Exemplo do Aborto* -

Por Carlo BELLINI

O debate sobre o aborto – é suficiente ler os jornais – torna-se cada vez mais grave e, ao mesmo tempo, superficial: centrado sobre a proliferação dos meios abortivos, sem qualquer atenção para a prevenção. Ou seja: limita-se a alguns cuidados pelas consequências, desinteressando-se das causas. E isto a tal ponto que, propor uma alternativa às mulheres chega a parecer um crime: Tammy Downes,

* De «L'Osservatore Romano», 17 de Julho 2010.

uma médica inglesa foi recentemente processada (e em seguida absolvida) por ter dissuadido do aborto algumas das suas clientes.

É uma história destes dias: aos vários métodos cirúrgicos, à pílula do dia seguinte e à RU 486, acrescenta-se a pílula a tomar até cinco dias depois da relação, como se o drama do aborto se limitasse a um problema de «técnicas». Deste modo, quem não aprova o aborto acaba por ser absorvido num vórtice de procedimentos médicos e legais e, combatendo contra as novas técnicas do aborto solitário, parece tornar-se paladino das técnicas mais antigas. Não podemos adaptar-nos a este nivelamento por baixo. Será que nós pensamos, verdadeiramente, que o primeiro desejo de uma mulher que descobre que está à espera de um filho não programado consiste em encontrar um novo método abortivo? Demasiadas palavras para falar apenas de técnica; o próprio *Royal College of Obstetrics and Gynecology*, da Grã-Bretanha, caiu nessa tentação, emitindo há pouco um longo e importante documento (*Fetal awareness*), destinado a demonstrar que o feto não sente dor, quando é abortado numa fase de desenvolvimento avançado, conclusão inaceitável sob o ponto de vista científico.

Demasiadas palavras, muitas técnicas e escassa atenção às causas que impelem ao aborto.

A Ética que se preocupa somente com as consequências é um mal difundido: encontramos-lo no fim da vida, quando raramente se pergunta porque motivo um doente quer morrer, diante de inúmeras pessoas nas mesmas condições que, pelo contrário, querem viver. Assim também no campo dos estupefacientes: quantas páginas escritas nos jornais sobre a liberalização das drogas e quantas, ao contrário, sobre as motivações que levam um jovem de quinze anos a drogar-se ou a embebedar-se sozinho num bar? Também no campo da fecundação *in vitro* há silêncio sobre as causas removíveis e sempre em aumento da esterilidade, enquanto se abrem de para em par as portas a técnicas de fecundação muitas vezes tardias.

Tudo como se, no caso do drama do trabalho, se falasse apenas de cheques de desemprego, e não do modo como criar novos empregos. Ou, no caso da malária, da quantidade de quinino a utilizar e não do modo como eliminar os mosquitos ou inventar uma vacina. Trata-se de uma ética que se oculta sob a aparência de liberdade mas, ao contrário, gera somente solidão.

Preocupar-se apenas com as consequências gera muitas vezes uma patologia. Falar de aborto, sem apresentar alternativas, significa contradizer a vivência de muitas mulheres que abortaram e que se encontram a fazer as contas com as consequências, até psiquiátricas, como publicou em Junho a revista «Maternal-Fetal and Neonatal Medicine». Indicar a fecundação *in vitro* como remédio contra a esterilidade sem remover as causas da mesma, gera fatalismo, determina hipermedicamentação e, por conseguinte, desilusão; para alguns, uma espécie de *síndrome de stress* a tal ponto que certos autores sugerem – com um raciocínio não compartilhável – que, para evitar a desilusão inerente a estas práticas seria necessário explicar aos cônjuges, antes de empreenderem percursos médicos complicados, que fazer filhos é irracional e imoral e, portanto, dissuadi-los (Matti Hayry – *A rational cure of prereproductive stress syndrome*, «Journal of Medical Ethics», Julho de 2004).

Então, porque motivo se fala sempre e unicamente de itinerários novos e cada vez mais audaciosos para eliminar as consequências, e pouco sobre o modo de curar as causas? A resposta está no mito pós-moderno da auto-determinação: é preferível oferecer escolhas aparentemente fáceis, que se podem percorrer em total solidão, em vez de propor uma solidariedade concertada que poderia sugerir opções que uma pessoa sozinha e amedrontada não faria. Como se unicamente as escolhas feitas em solidão fossem livres e autênticas.

Se existisse uma forte prevenção social dos fenómenos acima mencionados, as escolhas improvisadas e as tomadas «autónomas»

de medidas não teriam razão de ser, ficaria claro o seu limite e elas já não se arvorariam em direito absoluto, em questão vital e em símbolo da liberdade. Quem proclama a autonomia para além da evidência científica não gostaria de um mundo solidário.

Pensemos numa Europa que dedica pessoal e fundos em vista de eliminar, cultural e estruturalmente, o incómodo juvenil, em vez de multiplicar os *marijuana-cafés*, ou que ajude as mulheres em vez de inventar novas pílulas abortivas: que arma restaria àqueles que reclamam o mito da autonomia, para afirmar o valor da solidão humana elevada a supremo tribunal? Pensemos numa Europa em que se dedicassem as energias, não só para multiplicar as técnicas de fecundação, mas para curar, pelo menos com igual força, as causas da esterilidade, muitas das quais são culturais: seria uma Europa solidária que, diversamente da actual, não nos poderia ser repreendida pelos nossos filhos, aos quais actualmente sabe oferecer muitas técnicas mas poucas razões.

OS DEBATES DA ENCRUZILHADA BIOÉTICA: A EUTANÁSIA

Ferdinando CANCELLI*

Se já não se fala de eutanásia, o que está em jogo?

Dos debates suscitados também por casos recentes, a propósito da bioética relativa ao fim da vida, parecem sobressair com clareza dois dados: a grande confusão sobre a definição de doente «terminal»

* In «L'Osservatore Romano», 17 de Julho, 2010.

e o progressivo desaparecimento do uso do termo «eutanásia». Até o caso de Erika Kuellmer – uma mulher alemã que entrou em estado vegetativo há cerca de oito anos, a seguir a um acidente vascular cerebral, e depois veio a falecer por causas naturais, após a tentativa da filha de interromper a alimentação que se realizava através de uma pequena sonda – não parece ser uma exceção.

Esta mulher era uma doente «terminal», durante os seus anos de vida na condição de estado vegetativo? Mas quando se pode definir como «terminal» um doente? A medicina paliativa define um doente em fase do fim de vida, quando a sua presumível sobrevivência pode ser considerada igual ou inferior a um período de quatro meses, e isto mesmo quando estão em curso operações de sustento vital, como hidratação, alimentação ou ventilação.

É natural que casos como aquele acima recordado e, em geral, praticamente todos os casos de enfermos em estado vegetativo, não devem ser enquadrados numa fase de fim de vida, enquanto não houver complicações, por exemplo infecciosas, que alterem as suas condições, ou enquanto alguém não deixar de oferecer água e elementos nutritivos aos doentes.

Verifica-se, portanto, uma situação completamente diferente da dos doentes crónicos, como os oncológicos, que chegaram à fase final da enfermidade: em tais casos o apoio de alimentação e hidratação deverá ser mantido até ao momento em que a avaliação médica reconhecer a sua inutilidade ou nocividade pela incapacidade do organismo poder absorver e metabolizar a água e os elementos nutritivos. Em geral, isto verifica-se somente nos últimos dias de vida, quando a suspensão da hidratação e da alimentação já não abreviam o decurso da doença, já em fase final.

Estas observações estão estreitamente ligadas à segunda consideração: os defensores da possibilidade de acelerar a morte de doentes dependentes de meios de sustentação vital – como a ventilação mecânica por traqueotomia, ou a alimentação e hidratação

por via parenteral – tendem a não falar de eutanásia; até na campanha a favor do chamado *testamento vital*, aquele termo é cuidadosamente evitado em benefício de outro, muito mais aceitável, «uso de excessos terapêuticos». Por outras palavras, deixar de hidratar ou alimentar um doente em estado vegetativo – que também foi definido no recente livro branco do ministério da saúde italiano, redigido após a consulta das associações que representam os familiares dos doentes, como um «deficiente grave» - seria, de acordo com esta opinião, “evitar um excesso terapêutico”, e não *cometer eutanásia por omissão* daquilo que é básico para a vida de qualquer pessoa.

Sobre este tema foram muito claros os bispos alemães numa declaração em Março de 2007, em que rejeitaram abertamente a possibilidade de suspender o sustento vital a enfermos em estado vegetativo, coma vigil, ou demência grave.

O facto de que foi o próprio doente que escolheu essa opção não muda o fundamental; com efeito, se a suspensão de um meio de sustento vital tem como consequência a abreviação da vida de um doente, o termo que deve ser utilizado, mais coerentemente, terá de ser o de *eutanásia*. Embora esta palavra possa incutir maior temor naqueles que a ouvem, talvez ela obriga a uma reflexão mais profunda sobre o que realmente está em jogo.

SUICÍDIO ASSISTIDO: NOVO NOME PARA A EUTANÁSIA ACTIVA*

Padre **John FLYNN**, L. C.

Em muitos países continua-se a debater o tema do suicídio assistido, com vitórias e derrotas para ambas partes.

* Distribuído por ZENIT.org (ROMA, domingo, 25 de Julho de 2010)

Reino Unido

A Real Sociedade Britânica de medicina convocou recentemente uma conferência para ouvir os pontos de vista opostos sobre o tema, informava no dia 5 de Julho *LifeNews*. A votação ocorrida no final do evento mostrou uma grande maioria contra a moção de apoiar o suicídio assistido.

No lado negativo, no dia 25 de junho, o Tribunal de Justiça Federal da Alemanha declarou que o suicídio assistido é legal em certas circunstâncias, segundo o *Deutsche Welle*.

A decisão se referia a um caso no qual a filha de uma paciente doente terminal em estado de coma havia cortado o tubo de alimentação da mãe.

Antes de entrar em coma, Erika Kuellmer disse à filha que não queria que a mantivessem viva se viesse a ficar em coma. Pouco depois de que isso ocorreu, a filha consultou um advogado, Wolfgang Putz, que a aconselhou como proceder. Ela cortou o tubo, que foi recolocado pelo hospital. Sua mãe morreu duas semanas depois.

No ano pasado, Putz foi condenado por homicídio frustrado por seu papel no caso, mas agora foi absolvido com esta última sentença. O Tribunal Federal declarou que, se um paciente manifesta de modo explícito que não quer tratamentos que usem tubo de alimentação para mantê-lo vivo, permite-se então dar fim ao tratamento. O suicídio assistido é ilegal na Alemanha.

Outros países

Nos países em que o suicídio assistido é legal, existe a preocupação com os abusos. Na **Suíça**, a organização *Dignitas* está sendo investigada cada vez mais, informava a *BBC* dia 2 de julho passado.

O governo está a examinar projectos de lei que endurecerão a legislação tornando mais difícil que, quem não seja cidadão suíço, possa pôr fim à sua própria vida indo à Suíça.

Dignitas, fundada por Ludwig Minelli, já ajudou mais de mil pessoas a morrer nos últimos 12 anos, de acordo com a *BBC*. Os membros pagam chorudos honorários para pertencer à organização, junto a fortes somas para o suicídio assistido.

Para as leis actuais isso é legal, desde que nem Minelli nem *Dignitas* obtenham benefício algum. Mas a *BBC* afirmava na Suíça que se apresentaram acusações de que Minelli se tornou milionário desde que fundou *Dignitas*.

A investigação actual, à qual está submetida a organização, também é resultado da descoberta, no começo de 2010, de um grande número de urnas de cremação no fundo do lago Zurich. Segundo a reportagem do *London Times* de 28 de abril, uma antiga funcionária da *Dignitas*, Soraya Wernli, afirmou que a clínica teria lançado 300 urnas no lago.

A **Holanda**, onde o suicídio assistido é legal há vários anos, é outro país onde aparecem perguntas sobre o que está a ocorrer. Segundo uma reportagem do *Telegraph* de Londres, de 2 de Junho, os casos de eutanásia aumentaram em 13% em 2009 em relação às cifras do ano anterior.

Phyllis Bowman, presidente da organização britânica *Right to Life*, declarou ao *Telegraph* que estava segura de que o aumento em número se deve a um tratamento inadequado da dor por parte dos médicos holandeses.

O número de casos de eutanásia poderia aumentar muito mais se o parlamento cedesse à pressão de permitir aos mais velhos o direito ao suicídio assistido. Diz-se que uma campanha para permitir isso reuniu mais de 100.000 assinaturas de petição, informava *Associated Press* no dia 8 de Março.

Marie-Jose Grotenhuis, porta-voz da campanha “*Of Free Will*” explicava que o grupo quer formar pessoas sem preparação médica a administrar uma poção letal a pessoas com mais de 70 anos que “considerem suas vidas completas” e queiram morrer.

A lei actual sobre suicídio assistido requer que dois médicos estejam de acordo em que o paciente está sofrendo de maneira insuportável uma doença sem esperança de recuperação, e que queira morrer, antes de tomar uma decisão.

A **Bélgica** também mostrou interesse quanto à prática da eutanásia. Uma pesquisa recente, “O Papel das Enfermeiras nas Mulheres Assistidas por Médico na Bélgica”, revelava que cinco das enfermeiras entrevistadas estiveram envolvidas na eutanásia de um paciente. Cerca da metade delas – 120 de 248 – admitiram que os pacientes não tinham nem requerido nem consentido a eutanásia, informava o *Catholic Herald*, de 18 de Junho.

A eutanásia involuntária é ilegal na Bélgica, onde se legalizou a eutanásia voluntária em 2002. A eutanásia soma agora 2% de todas as mortes mencionadas no artigo.

O estudo, publicado no *Canadian Medical Association Journal*, concluía que as ressalvas aprovadas na legislação de 2002 são ignoradas de forma rotineira. Os investigadores acreditam também que o número de enfermeiras envolvidas na eutanásia involuntária é maior que o das cifras do estudo, dado que era provável que nem todas as enfermeiras admitissem estar envolvidas em práticas ilegais.

“Uma vez que se legaliza qualquer forma de eutanásia, inevitavelmente a gente empurra os limites para mais longe,” dizia ao *Catholic Herald*, o doutor Peter Saunders, director da aliança *Care Not Killing*, uma coligação de mais de 50 organizações médicas, de deficientes e religiosas britânicas que se opõem à eutanásia.

Um ponto digno de reflexão para os que debatem actualmente uma proposta ante o parlamento escocês para permitir o suicídio assistido é a Lei de Assistência ao Final da Vida, apresentada por um membro independente do parlamento, que está sendo examinada por um comité, explicava uma nota, publicada em 29 de Junho passado no *Christian Institute* do Reino Unido. Em cartas do público recebidas pelo comité, 86%, ou seja, 60 pessoas ou organizações, expressavam sua oposição à lei.

Um atentado à santidade da vida humana

A Igreja Católica também se mostrou crítica ante a proposta. “Será um atentado contra a santidade fundamental da vida humana e permitirá que muitas vidas sejam colocadas em risco por meio de diversos graus de coação psicológica, social ou cultural”, informava o jornal *Scotsman* dia 5 de Julho.

A Igreja da Escócia, a Igreja Metodista e o Exército da Salvação tornaram público um comunicado conjunto dizendo que a lei abriria uma brecha na proibição de tirar a vida humana, acrescentava o artigo.

Num artigo de opinião publicado no dia seguinte no *Scotsman*, a doutora Rosemary Barrett, uma das directoras do Conselho sobre Bioética Humana escocês, afirmava que a utilização do tratamento contra a dor ou a não utilização de máquinas que prolonguem a vida é muito diferente da eutanásia, na qual se tem a intenção directa de pôr fim à vida.

Enquanto seguia nos últimos meses o debate sobre a eutanásia na Grã-Bretanha, fica cada vez mais manifesto que a oposição a que se debilitem as leis procede de muitos lados. Brendan O’Neill, editor da página de comentários *Spiked*, dirigiu-se a um encontro em Londres e no dia 17 de Maio publicava os comentários na sua página.

Falando como ateu e como “humanista radical”, afirmava que é um mistério como o “direito de morrer” tenha começado a ser visto como uma causa progressista.

De uma perspectiva humanista, declarava que a eutanásia é contrária ao que deveríamos fazer por um doente terminal, porque poderia fazer com que as suas decisões finais fossem mais no caminho do acompanhamento da vida e não na provocação da mortes. E para o resto de nós: “Parece-me irrefutável que a campanha pela legalização do suicídio assistido está unida a uma maior incapacidade da sociedade de hoje para valorizar e celebrar a vida humana”, indicava.

Numa conferência recente, David Jones, director do centro de bioética no *St. Mary's University College*, sustentava que a legalização do suicídio assistido conduzirá logicamente à tolerância com a eutanásia não voluntária, informava o jornal *Telegraph*, no dia 1º de Julho. Uma advertência para não se deixar levar a este precipício que conduz a uma perigosa indiferença pela vida humana.

EUTANÁSIA E TESTAMENTO VITAL: LIMITES INDEFINIDOS, RISCOS CRESCENTES

Redacção de «ACÇÃO MÉDICA»

Duas vozes se destacaram recentemente, chamando a atenção para os riscos, cada vez maiores, de ceder ao “fetichismo jurídico” reinante, legislando sobre tudo quanto diga respeito à vida humana. Walter Osswald, em entrevista ao «Notícias Médicas», a propósito de uma “exigência” feita publicamente por uma Associação Portuguesa de Bioética para que se fizesse imediatamente a legalização do Testamento Vital; e Paulo Rangel, numa reunião sobre eutanásia promovida pelo Conselho Regional do Norte da O. M., não tiveram qualquer dúvida em destacar os riscos, cada vez maiores, de pôr em causa a inviolabilidade da vida humana, com legislações apressadas e com marcado sabor político. Resumimos a seguir as duas intervenções.*

«Não há uma corrente na sociedade que queira o testamento vital. Não me parece que seja uma prioridade, quando temos problemas de

* Ver «Notícias Médicas», 26 de Maio e 21 de Julho de 2010.

saúde tão graves e tão sérios, desde os cuidados de saúde primários aos cuidados paliativos. Temos coisas muito mais graves e importantes para discutir e fazer», começou por dizer o Prof. Osswald. Tal como o consentimento informado, a ideia do testamento vital resulta do conceito de autonomia da pessoa, talvez o princípio central da Bioética. Reconhece que este tipo de declaração, que só pode ser não vinculativa, pode ter razão de ser, mas existem muitas dificuldades na sua aceitação, sendo difícil poder dizer que as vantagens superem as desvantagens. Ou se trata de um texto inócuo, que não prejudique quem o assina, ou então será certamente prejudicial para a pessoa, abrindo caminho para uma eutanásia activa, que pode já não corresponder aos desejos da pessoa. Na verdade, quem se encontra de boa saúde pode escrever coisas extraordinárias, como afirmar que recusa uma quimioterapia porque viu o sofrimento de um familiar; mas quando a situação concreta aparece e esse mesmo tratamento, já mais evoluído, estiver indicado, podendo salvar a vida, então o que escreveu não passa de um disparate, que ela própria poderá reconhecer. Situações deste género podem multiplicar-se, porque ninguém tem a formação e o conhecimento que lhe permita estar a par dos avanços da medicina.

Quando se está de saúde, as exigências das pessoas são muito maiores; mas quando se adoce, aceita-se quase tudo. Declarar apenas, nesta espécie de “testamento” que, «em caso de doença incurável e terminal não deseja que sejam aplicadas medidas que apenas prolonguem artificialmente a vida, ou que sejam extraordinárias e desproporcionadas», é inócuo e também inútil, porque isso faz parte da obrigação do médico, de acordo com as regras escritas da Ética Médica.

Mas as dúvidas à volta de tal documento são muitas e tornam-se muito graves se o legislador o tornar vinculativo, levantando grandes dificuldades e atritos com as equipas médicas. Vejamos um exemplo muito concreto: «O testamento vital é feito, naturalmente, com bastante antecedência em relação à ocasião em que se tornará

necessário, na ignorância do que é que o progresso técnico e da Medicina poderá trazer. Se eu pensar, neste momento, numa doença degenerativa do sistema nervoso central, como a esclerose lateral amiotrófica, posso pedir que não prolonguem o meu sofrimento. Mas nada nos diz que, amanhã, não haja medicações que sejam capazes de obviar aos sintomas ou fazer parar a evolução da doença. Por exemplo, a esclerose múltipla tem hoje tratamentos que não existiam há 20 anos, com êxitos consideráveis». Por isso se pode afirmar que «um documento vinculativo, com valor legal, só pode contribuir para prejudicar o próprio», podendo mesmo conduzir a uma eutanásia activa, sem consentimento do doente; e isto é assassínio.

A posição de Paulo Rangel, professor de direito, é sobreponível à que foi defendida por Walter Osswald. Sendo jurista, afirmou não aceitar que se chame “testamento” a um documento que não é um testamento; este dispõe para depois da morte, ao contrário da declaração em causa, que dispõe sobre a vida. Embora o documento possa ter algum valor, embora muito relativo, como manifestação do pensamento do subscritor em dada altura da vida, existe um conjunto de pressupostos praticamente impossíveis de preencher, dos quais se salientam: o **conhecimento** completo das situações clínicas possíveis, ao longo da vida; a **capacidade** do declarante, de natureza psicológica, intelectual, afectiva, social. Quando não se consideram pelo menos estes dois pressupostos, entra-se no disparate legal, como acontece na Holanda, onde é legalmente aceite que «miúdos a partir dos doze anos possam fazer um testamento vital. Além disso, salientou, existem dois riscos para o exercício da Medicina que aumentam a fragilidade do doente: o primeiro é a **negligência**, que pode levar a que não seja feita «uma avaliação tão cuidada pelos profissionais de saúde, como seria exigível, porque se sentem escudados pelo testamento vital». O segundo poderá ser a **funcionalização do médico**, uma vez que deixa a decisão final nas mãos dos doentes (“ou dos familiares que pretendem descartar-se do incómodo”).

Os médicos, hoje, segundo o jurista, já vivem «apavorados» com o que os doentes fazem nas suas costas, quando consultam a internet, arvorando-se em curandeiros de si próprios. Mas nas situações graves, o doente recorre ao médico para que ele o “salve” ou “alivie”, e nunca para que o mate ou deixe que o matem.

Paulo Rangel lembrou ainda que *ninguém é dono da vida*, o que coloca a questão da suposta vontade do doente ou da decisão legal de eutanásia num plano de violação das bases fundamentais do direito.

Por isso alguns dos médicos presentes, como a Dr.^a Edna Gonçalves, se o testamento vital pode ser um critério de decisão e apenas isso, não se pode transformar numa imposição: é que **os médicos não são feitos para matar** e a suposta “vontade do doente” rapidamente se pode transformar em homicídio. Também o Prof. António Sarmento lembrou que existe claramente o risco de o testamento vital passar um **atestado de nulidade aos médicos**, colocando-os à margem das decisões, que nestes casos passam a ser unicamente político-sociais.

MANIPULAÇÃO GENÉTICA CONQUISTA CIENTÍFICA OU PRESUNÇÃO CRIADORA?

redacção de «*MEDICINA E PERSONA*»*

Em artigo recentemente publicado na *Science* [1], Craig Venter e sua equipe descrevem a síntese química do genoma do *Mycoplasma mycoides*, agente infeccioso causador da pleuropneumonia bovina, e sua subsequente transferência para a célula de outra bactéria, o *Mycoplasma capricolum* – agente causador da mesma doença em caprinos – obtendo assim um novo microrganismo, o *Mycoplasma mycoides Jcvi-syn1.0*.

* Em *ZENIT.org*, 7 de Junho 2010

Desse modo, lograram produzir um organismo vivo sintético, cujo citoplasma e estrutura para síntese proteica deriva do organismo original, enquanto o seu DNA nuclear foi completamente substituído por um DNA sintetizado *in vitro*. Este resultado representa o êxito de um projecto iniciado há mais de 10 anos, com um custo estimado da ordem de 40 milhões de dólares e que mobilizou 20 pesquisadores dedicados em tempo integral.

Foi obtido mediante o emprego de recursos já conhecidos e de alguns ainda inéditos, pelos quais 1078 sequências de cerca de 10 mil bases foram associadas em 11 unidades intermediárias contendo 100 mil bases cada, que então foram integradas para constituir o genoma completo, com cerca de um milhão de bases. Este genoma foi então transferido para o microrganismo final. As células contendo o genoma sintético são capazes de se desenvolver de forma autónoma normalmente, formando colónias com o mesmo aspecto das que são formadas pela bactéria original, e são indistinguíveis pela análise proteómica.

As considerações feitas por Venter no início do artigo são interessantes, pois possibilitam entender as motivações para este empreendimento científico: a nossa capacidade de obter informação genómica foi multiplicada por oito ao longo dos últimos 25 anos, mas a nossa capacidade de compreendê-la permanece ainda muito limitada. Não estamos aptos a compreender as funções de todos os genes contidos em nenhum organismo vivo, mesmo nos mais simples organismos unicelulares. Se os cromossomas contêm todo o repertório genético de uma célula bacteriana, seria então possível reproduzir um sistema genético completo via síntese química, partindo apenas de uma sequência de DNA armazenada num computador?

A pesquisa liderada por Venter parte desta aposta, e chega a um resultado positivo. Na discussão, afirma-se que o resultado oferece uma prova do segundo princípio, segundo o qual é possível produzir células viáveis partindo de sequências genéticas digitais;

este princípio deve ser aplicável também à síntese de genomas mais complexos.

Aproximamo-nos assim da “célula sintética”, antevendo para o futuro a síntese de organismos mais complexos, sob a óptica da “biologia sintética”, a produção de células com características inexistentes na natureza destinadas a aplicações biotecnológicas.

Seria então possível vislumbrar um futuro com organismos pluricelulares complexos com características definidas *in vitro*?

Esta não é uma questão óbvia, uma vez que as células animais e humanas são muito mais complexas que as do micoplasma e, como o próprio Venter reconhece, não compreendemos ainda as funções de todos os seus genes. Pode este estudo abrir novas perspectivas de terapias para doenças genéticas? Como se sabe, nascem por ano em todo o mundo 8 milhões de crianças portadoras de doenças de origem genética. Muitas destas disfunções são monogénicas, isto é, associadas ao mau funcionamento de um único gene. Já estão sendo realizadas experiências clínicas no campo da terapia génica, e em breve, envolvendo recombinação homóloga – a substituição do gene defeituoso por um gene sadio, visando tratar doenças genéticas tais como as imunodeficiências primárias (doença granulomatosa crónica, deficiência de adesão leucocitária, síndrome de Wiskott Aldrich [2]). De um ponto de vista puramente clínico, a eficácia terapêutica destas abordagens é evidente nos pacientes que receberam o gene sadio, transferido para o genoma de suas células-tronco hematopoiéticas[3].

Qual a relação entre os estudos da equipe de Venter e estas pesquisas? Estes competem com os estudos já em andamento? Sob o ponto de vista “cultural”, certamente sim – no que se refere ao modo de conceber a pesquisa e abordar o código genético – e também do ponto de vista do financiamento.

A medicina nasceu para a melhoria das condições de saúde, em uma sucessão de etapas e passagens inevitáveis, como nos ensina a história. Neste cenário, corresponde melhor à categoria das possibilidades terapêuticas a ideia de substituir um gene do que o projeto de criar um genoma *ex novo*. Como, aliás, nos ensina o tão conhecido mito de Ícaro.

[1] Gibson DJ, Glass JI, Lartigue C, et al. Creation of a Bacterial Cell Controlled by a Chemically Synthesized Genome. *www.scienceexpress.org* / 20 May 2010 / Page 1

[2] Aiuti A, Roncarolo MG. Ten years of gene therapy for primary immune deficiencies. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2009:682-9

[3] Aiuti A, Cattaneo F, Galimberti S, Benninghoff U, Cassani B, Callegaro L, Scaramuzza S, Andolfi G, Mirolo M, Brigida I, Tabucchi A, Carlucci F, Eibl M, Aker M, Slavin S, Al-Mousa H, Al Ghonaium A, Ferster A, Duppenthaler A, Notarangelo L, Wintergerst U, Buckley RH, Bregni M, Marktel S, Valsecchi MG, Rossi P, Ciceri F, Miniero R, Bordignon C, Roncarolo MG. Gene therapy for immunodeficiency due to adenosine deaminase deficiency. *N Engl J Med*. 2009;360(5):447-58.

«DIGNITAS PERSONAE» E BIOÉTICA

- Os Desafios da ciência e da técnica para a ética humana -

Por Pe. Gonzalo MIRANDA* L.C.

Dignitas personae vinte anos após *Donum vitae*. A ciência e a técnica prosseguem no seu avanço, que nem sempre e necessariamente comporta um avanço em termos humanos. O Magistério da Igreja analisa sempre com interesse as novas descobertas, invenções e

* P. Gonzalo Miranda foi secretário operacional do Centro de Bioética da Universidade Católica do Sagrado Coração, em Roma, de 1993 a 2001. Em 2001, fundou a Faculdade de Bioética do Ateneu Pontifício Regina Apostolorum (APRA). De 2001 a 2006, foi decano da Faculdade de Bioética da mesma universidade.

aplicações tecnológicas; analisa-as de um ponto de vista ético, no horizonte do respeito e da promoção da dignidade da pessoa humana, cada ser humano em si.

Em 1987, a Congregação para a Doutrina da Fé publicou a instrução intitulada “*O respeito pela vida humana nascente e a dignidade da procriação*”. Nesta, apresentava a posição do Magistério católico universal sobre as problemáticas éticas ligadas à aplicação das técnicas de reprodução assistida, então aplicadas em grande escala e com recurso de métodos de fecundação extra-corpórea havia apenas dez anos.

Em Dezembro de 2008, a mesma Congregação apresentou uma nova instrução, desta vez de título “*Instruções sobre algumas questões de bioética*”. Apesar da amplitude sugerida por este título, a temática é essencialmente a mesma da *Donum vitae*.

O novo texto apresenta-se com um carácter de actualização, aprofundamento e esclarecimento. Actualização porque, no decurso destes vinte anos, muitas novidades surgiram no âmbito da reprodução artificial e assuntos correlacionados.

Algumas destas inovações já eram anunciadas nos anos oitenta, outras apenas mais tarde. Pense na criação-conservação de embriões humanos, com todos os problemas éticos, psicológicos e sociais implicados. Pense nas tecnologias de diagnóstico pré-natal e na possível eliminação de embriões indesejados. Pense nas propostas de clonagem “terapêutica” ou ainda de congelar os ovócitos ou fazer diagnósticos nos próprios embriões. Um longo etcétera.

No que se refere aos valores em jogo, aos bens a serem protegidos e aos princípios éticos que podem iluminar o uso das novas tecnologias, não era preciso abrir novos caminhos.

Professor titular de bioética e de teologia moral na APRA, é membro do Conselho Directivo do Centro de Bioética da Universidade Católica do Sagrado Coração, membro da Federação Internacional dos Centros de Bioética de Inspiração Personalista (FIBIP) e membro da Federação Internacional de Faculdades de Medicina Católicas (AIFMC).

Convinha, porém, afrontar explicitamente estas novas fronteiras. O Magistério da Igreja pretende ser dinâmico, propor a luz da razão e da fé para amparar os católicos e todos aqueles que se dispõem a ouvi-lo nos meandros antigos e novos, e frequentemente tortuosos, que se apresentam a nós.

O trabalho de aprofundamento é sempre incompleto. É sempre possível – e com frequência conveniente – ir além. Também neste sentido, o Magistério nos ampara e ilumina. A nova Instrução propõe-nos uma avaliação mais articulada do status ontológico do embrião humano, com base nos ensinamentos anteriores, de cunho predominantemente ético. Trata-se, como sabemos, do ponto central e também do *punctum dolens*, de todas as disputas e posições referentes ao que a técnica é capaz de fazer com os embriões: desde sua produção até à sua destruição, passando pela sua selecção e manipulação. A iluminação teológica do problema, proposta na primeira parte, enriquece toda a nossa compreensão da dignidade inviolável do ser humano que se encontra – como todos nós já nos encontramos um dia – nos primeiros momentos da sua existência e desenvolvimento.

Muitos esperavam por um serviço de esclarecimento sobre esta série de problemas éticos, sobre os quais ainda não se dispunha de um ensinamento magisterial claramente definido e sobre os quais as opiniões de diversos autores divergiam, mesmo entre aqueles que alegavam defender com sinceridade os valores promovidos pela doutrina católica.

Seria eticamente admissível a adopção pré-natal, única via disponível para dar oportunidade aos embriões humanos congelados ou abandonados a prosseguirem na sua existência? Que intervenções artificiais podem ser consideradas “complementares” e não “substitutivas” do acto conjugal em vista da assistência à procriação, à luz do ensinamento oferecido pelo Papa XII e sintetizado pela *Donum vitae*? Podem-se aceitar pesquisas que tenham como objectivo a obtenção de células-tronco do tipo embrionárias, mas

que não envolvam a formação ou destruição de embriões humanos? É moralmente aceitável a utilização de medicamentos e tratamentos, tais como vacinas, obtidos a partir de estudos que lançam mão de material biológico de origem ilícita?

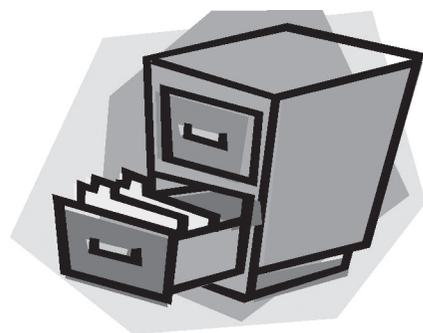
Sobre alguns destes dilemas, a Instrução oferece um discernimento claro e articulado – por exemplo, no que se refere ao uso de material biológico humano de origem ilícita.

Com relação às técnicas para obtenção de células-tronco pluripotenciais sem a produção de embriões, o texto convida à prudência, uma vez que ainda não está claro qual seria o status ontológico do resultado obtido. Sobre o tema das técnicas “complementares”, simplesmente se reitera a doutrina de Pio XII e da *Donum vitae*, sem a aplicar à análise das técnicas em questão: a incorrectamente denominada “inseminação artificial” e a GIFT (Transferência de Gâmetas para as Trompas). A propósito do debate relativo à adopção pré-natal, abriu-se nova discussão sobre a correcta interpretação do texto da Instrução.

Após quase vinte anos de debates sobre o tema da adopção, a Santa Sé manifestou-se expressamente a esse respeito. Se o fez da forma como fez, é por que há um motivo.

A instrução é parte integrante do assim chamado “Magistério ordinário”, ao qual devemos (e desejamos) dar aquele *religiosum voluntatis et intellectus obsequium* que nossa fé exige e que nos é lembrado no Concílio Vaticano II (GS, 25), conforme enfatizou oportunamente Dom Francisco Ladaria, secretário da Congregação para a Doutrina da Fé, na ocasião da apresentação pública da Instrução. Este *obsequium*, no entanto, não implica em que não se deva esforçar para compreender melhor aquilo que o texto nos ensina, e eventualmente distinguir daquilo que o texto *não* nos ensina. E que não se deva também aprofundar, aplicar e defender a doutrina por ele oferecida.

(ZENIT.org - Junho de 2010)



ARQUIVO

- **MÁ FÉ E DESINFORMAÇÃO:**
AINDA OS ATAQUES AO PAPADO

Branca

AINDA OS ATAQUES AO PAPADO

Neste início do novo milénio, a Igreja Católica tem estado na mira de um secularismo agressivo que tenta desacreditá-la para poder ser destruída. Passo a passo, aplicam cuidadosamente o triplo cânone recomendado por Lutero para a destruição da Igreja: a Posse (o dinheiro), o Poder, e o Prazer (sexo). Tudo serve para conseguir o objectivo: desde a negação das raízes cristãs da Europa, à imposição de uma total ausência de símbolos religiosos em nome da liberdade de consciência e de escolha (que liberdade?!), tudo tem sido posto em prática para envenenar os povos contra a única força moral que realmente defende e promove a dignidade humana, por quaisquer meios ao seu alcance.

O terrível crime da pedofilia, quando foram descobertos alguns padres pedófilos, transformou-se numa autêntica mina de ouro que exploraram até cair no vômito de muitos que colaboraram na campanha, onde os podres dos “outros” e talvez deles próprios começaram a vir ao de cima, desabando em cima deles com uma intensidade e abundância pasmosas. Tornava-se necessário encontrar (ou reencontrar) outras linhas de ataque, embora mantendo esta mas numa espécie de “banho-maria”. Destruir a figura do Papa seria o ideal.

Ressuscitou-se a tese do “Papa de Hitler”, inventado por Rolf Hochhuth em «O Vigário» para destruir Pio XII, e tentam esmagar a figura espantosa do Papa actual, Bento XVI. «Acção Médica» tem estado atenta; por isso, tem posto à disposição dos leitores documentação suficiente para desfazer quaisquer dúvidas.

Mas, porque há sempre leitores distraídos, e porque é útil dar a conhecer mais factos que se vão descobrindo, acrescentamos hoje dois textos preciosos como complemento – um sobre o Papa Pio XII

e parte da abundante documentação ainda em estudo, existente nos arquivos do Vaticano agora abertos aos investigadores; e outro sobre o Papa Bento XVI que, desde o famoso discurso de Ratisbona, está permanentemente transformado em alvo a abater. O primeiro, recheado de factos obtidos graças principalmente à Fundação «Pave the Way», que tem recuperado documentos preciosos, de entre os quais se salientam os testemunhos autenticados de chefes militares alemães, até agora desconhecidos; o segundo, escrito por um Judeu, após a visita de Bento XVI à Comunidade Judaica de Roma, em 17 de Janeiro passado. São para ler com atenção.

J. BOLÉO-TOMÉ

PIO XII E OS JUDEUS*

Gary S. KRUPP

Encontram-se hoje devidamente documentadas as acções realizadas pelo Vaticano para salvar judeus, principalmente a partir de 1938, desde que foram colocados à disposição dos investigadores os documentos dos arquivos do Vaticano sobre esse período.

A *Pave the Way Foundation* (PTWF) anunciou a descoberta de documentos vaticanos de grande importância. Gary Krupp, presidente da Fundação, afirmou que, “ao procurar cumprir a nossa missão de encontrar e eliminar os obstáculos não-teológicos entre as religiões, identificamos no pontificado do Papa Pio XII um período obscuro que teve um impacto negativo sobre mais de um bilião de pessoas. A PTWF empreendeu o projecto de recuperação de documentos e possíveis testemunhas oculares para trazer a verdade à luz”.

* ZENIT.org – Nova York, segunda-feira, 5 de Julho de 2010.

“Até agora, temos mais de 40 mil páginas de documentos, vídeos de testemunhas oculares e artigos no nosso website (www.ptwf.org) para ajudar os historiadores a investigar este período.”

O historiador e representante da PTWF na Alemanha, Michael Hesemann, visitou regularmente o Arquivo Secreto do Vaticano aberto recentemente e continua a realizar descobertas significativas. O seu último estudo dos documentos originais publicados anteriormente revela acções secretas para salvar milhões de judeus.

O cardeal Eugenio Pacelli (futuro Papa Pio XII) enviou um telex para as Nunciaturas e para as Delegações Apostólicas e uma carta para 61 arcebispos do mundo católico pedindo 200 mil vistos para “cristãos não-arianos” apenas três semanas depois da Noite dos Cristais¹. Mandou também outra carta datada de 9 de Janeiro de 1939.

Michael Hesemann declara que “o facto de que nesta carta se fale de ‘judeus convertidos’ e ‘cristãos não-arianos’ parece ser uma cobertura. Não se podia estar seguro de que os agentes nazistas não saberiam da iniciativa”.

“Pacelli devia garantir que não iriam fazer uso equivocado na sua propaganda, para que não pudessem declarar que ‘a Igreja era um aliado dos judeus’”, acrescentou.

A Concordata de 1933, firmada com a Alemanha, garantia que os judeus convertidos deveriam ser tratados como cristãos, e que ficava autorizada esta posição legal que permitiria a Pacelli ajudar os “católicos não-arianos”.

¹ Noite dos cristais ou Noite dos cristais quebrados («Kristalnacht» ou «Reichspogromnacht»): em 9 de Novembro de 1938, agentes nazis à paisana assassinaram 91 judeus, incendiaram 267 sinagogas, saquearam e destruíram lojas e empresas da comunidade judaica e iniciaram a prisão de 25.000 judeus em campos de concentração. Foi precedida pela lei de 1935, chamada “Legislação Racista de Nuremberga”. Nenhuma voz se levantou no mundo, a não ser a da Igreja Católica, que se tinha antecipado com a Concordata de 1933, onde foi usada uma linguagem que permitia a protecção de todos os judeus, sob a capa da “conversão”.

Uma prova do facto de que não se estava referindo somente aos ‘judeus convertidos’ é evidente quando Pacelli pede que os arcebispos se preocupem com “garantir o seu bem-estar espiritual e de defender o seu culto religioso, seus costumes e suas tradições”.

Outro indício de tentativa real das petições do Vaticano deriva das respostas originais dos bispos e dos núncios à petição de Pacelli. Os prelados referiam-se frequentemente aos “judeus perseguidos”, não aos “judeus convertidos” ou “católicos não-arianos”.

“Ainda que seja amplamente reconhecida pelos historiadores a intercessão de Pacelli para salvar milhões de ‘judeus convertidos’, muitos baseiam suas conclusões na rápida leitura de cartas e documentos vaticanos”, observa a *Pave the Way*.

“Dado que muitos dos críticos deste pontificado ainda não aceitaram a directa e provada ameaça nazi contra o Estado do Vaticano e a vida do Papa Pio XII, parecem não compreender que era necessário usar subterfúgios, dado que eram enviadas somente directivas criptografadas ou verbais.”

“Em muitos casos, os historiadores ignoram a linguagem vaticana, que às vezes usa o latim para expressar o significado oculto destas petições.”

“A PTWF continuará a difundir os documentos enquanto for possível, porque tudo o que descobrimos até agora parece indicar que a tão espalhada percepção negativa do Papa Pio XII é errónea”, afirmou Elliot Hershberg, presidente do Conselho de Administração da *Pave the Way Foundation*.

“Acreditamos também que muitos judeus que conseguiram abandonar a Europa podem não ter nem ideia do facto de que seus vistos e documentos de viagem foram obtidos por meio destes esforços vaticanos.”

O professor Ronald Rychlak, conhecido investigador e autor do livro “Hitler, the War and the Pope”, afirmou que os documentos provam que “os esforços que parecem estar dirigidos em defender somente os judeus convertidos, na realidade defendiam todos os

judeus, independentemente do facto de estarem convertidos ou não”.

Para Matteo Luigi Napolitano, professor de História das Relações Internacionais, as instruções de Eugenio Pacelli na carta de 9 de Janeiro de 1939 não deixam dúvidas sobre as intenções da Santa Sé e do futuro pontífice. “Não se limitar em salvar somente os judeus - diz a carta -, mas também sinagogas, centros culturais e tudo o que pertencia à sua fé.”

Sabe-se hoje que, mais tarde, em 16 de Outubro de 1943, Pio XII não denunciou publicamente a detenção de judeus romanos, para poder salvar-lhes a vida, o que conseguiu. Existe uma declaração juramentada, escrita em 1972, do general Karl Wolff, comandante das SS em Itália e nº2 de Himmler, que declara formalmente que, em Setembro de 1943, Adolf Hitler ordenou que se preparasse imediatamente um plano para invasão do Vaticano, sequestro do Papa, confiscação dos bens e assassínio de toda a Cúria Romana. O General Wolff sabia que, se isto fosse feito, haveria um gravíssimo levantamento em toda a Europa, o que iria significar um desastre militar para todo o esforço de guerra alemão. As declarações insistentes de Wolff, foram confirmadas pelo governador militar de Roma, general Rainer Stahel, e pelo embaixador alemão na Santa Sé, Ernst von Weizsäcker.

Entre os manuscritos agora dados a conhecer, encontraram-se aqueles em que está registado que, em Setembro de 1943, o Papa convocou secretamente os cardeais para lhes comunicar que o Vaticano poderia ser invadido e que ele seria levado para o norte, onde, provavelmente, seria assassinado. Os cardeais deveriam preparar-se para fugir imediatamente para o país neutro mais próximo, onde formariam um governo no exílio e elegeriam novo Papa. Nessa altura, assinou igualmente uma carta de renúncia, deixando-a sobre a sua escrevaninha.

Durante este período, multiplicaram-se as mensagens enganosas para Hitler enviadas pelo embaixador alemão, que acabaram por

convencê-lo a não dar a ordem de invasão. Tratava-se de “mentiras táticas”, como lhes chamou o secretário do embaixador, Albrecht von Kessel. Tem sido nessas “mentiras táticas” que os detractores de Pio XII baseiam as suas acusações de cumplicidade e colaboração com os nazis.

As detenções de judeus romanos começaram na manhã de 16 de Outubro de 1943. Alertado imediatamente pela princesa Enza Pignatelli Aragona Cortes, o Papa enviou rapidamente o Secretário de Estado, cardeal Maglione, seguido do Padre Pankratius Pfeiffer, para convencerem imediatamente o governador militar de Roma a suspender todas as detenções; caso contrário seria lançado para todo o mundo um protesto público, que conduziria à prevista invasão do Vaticano ordenada por Hitler, e ao conseqüente desastre militar alemão. Ao meio dia do mesmo dia 16 de Outubro, Hitler deu ordem para suspender as detenções.

Imediatamente o Papa enviou emissários de confiança a todos os mosteiros e conventos de Itália, para que abrissem as suas portas aos judeus, homens, mulheres e crianças, escondendo-os como pudessem. O historiador britânico sir Martin Gilbert, afirma que, num só dia, o Vaticano conseguiu assim esconder muitos milhares de judeus, que continuou a alimentar e a manter até à libertação de Roma pelas tropas aliadas, em 4 de Junho de 1944.

Por estas razões, o mais notável perito sobre o *Holocausto* na Hungria, Jeno Levai, afirma que foi uma ironia, «especialmente lamentável» que, “a única pessoa em toda a Europa ocupada que fez mais do que qualquer um para travar o terrível crime e mitigar as suas conseqüências, se tenha convertido hoje no bode expiatório dos fracassos dos demais”.

BENTO XVI: MÁ-FÉ DESINFORMAÇÃO*

Bernard-Henri LÉVY

Precisaria de deixar de ter má-fé, de tomar partido, de eliminar a desinformação, quando se trata de falar de Bento XVI. Desde a sua eleição, intentou-se um processo ao seu «ultraconservadorismo», que é continuamente retomado pelos “mass media” (como se fosse possível um Papa não ser «conservador»). Insistiu-se com subentendidos e até com anedotas pesadas, sobre o «Papa alemão», o «pós-nazista» de batina, ou sobre aquele a quem a transmissão satírica francesa «Les Guignols» não hesitava em chamar «Adolfo II».

Pura e simplesmente falsificaram-se os textos: por exemplo, a propósito da sua viagem a Auschwitz em 2006, afirmou-se – dado que, com o passar do tempo, as lembranças se tornam mais incertas – e ainda hoje se repete que teria homenageado a memória de seis milhões de mortos polacos, vítimas de um simples «bando de criminosos», sem especificar que metade deles eram judeus. A verdade de facto é surpreendente, pois Bento XVI naquela ocasião falou efectivamente dos «poderosos do Terceiro Reich» que tentaram «eliminar» o «povo judeu» do «elenco dos povos da terra» («Le Monde», 30 de Maio de 2006).

E eis que, por ocasião da visita do Papa à Sinagoga de Roma, e depois das suas duas visitas às Sinagogas de Colónia e de Nova Iorque, o mesmo coro de desinformadores estabeleceu uma prioridade: para receber os louros da vitória, nem esperou sequer que o Papa ultrapassasse o Tibre para anunciar, *urbi et orbi*, que ele não soube encontrar as palavras exactas a dizer, nem os gestos

* De “L’Osservatore Romano”, 30 de Janeiro, 2010. O artigo foi publicado primeiro no “Corriere della Sera”, em 20 de Janeiro.

justos a realizar e que, portanto, a sua intenção tinha falido... Por isso mesmo, dado que o evento ainda é actual, ser-me-á consentido por uns pontinhos em alguns “is”.

Bento XVI, quando se recolheu em oração diante da coroa de rosas vermelhas deposta sob a placa comemorativa do martírio dos 1021 judeus romanos deportados, não fez mais do que o seu dever, mas fê-lo. Bento XVI, quando prestou homenagem aos «rostos» dos «homens, mulheres e crianças» capturados numa incursão no âmbito do projecto de «extermínio do Povo da Aliança de Moisés», disse uma evidência, mas disse-a. De Bento XVI, que retoma, palavra por palavra, os termos da oração de João Paulo II, há dez anos, no Muro das Lamentações; de Bento XVI, que então pede «perdão» ao povo judeu devastado pelo furor de um anti-semitismo, por longo tempo de essência católica e, ao fazê-lo, repito, lê o texto de João Paulo II, é preciso deixar de repetir, como burros, que é *atrasado em relação ao seu predecessor*.

A Bento XVI que declara, enfim, depois da segunda vez que se detinha diante da inscrição que recorda o atentado cometido em 1982 por extremistas palestinos, que o diálogo judaico-católico iniciado pelo Concílio Vaticano II já é «irrevogável»; a Bento XVI que anuncia ter a intenção de «aprofundar o debate entre iguais», o debate com «os irmãos mais velhos» que são os judeus, podem ser intentados todos os processos que quiserem, mas não o de «congelar» os progressos realizados por João XXIII.

Quanto à vicissitude muito complexa de Pio XII, voltarei a falar, se for necessário. Tratarei de novo do caso Rolf Hochhuth, autor do famoso *Il Vicario*, que em 1963 lançou a polémica sobre os «silêncios de Pio XII». Em particular, voltarei sobre o facto de que este fogoso justiceiro é também um negacionista consolidado, condenado mais de uma vez como tal, e cuja última provocação, há cinco anos, foi a defesa, numa entrevista ao semanário da extrema

direita «Junge Freiheit», daquele que nega a existência das câmaras de gás, David Irving.

Agora gostaria de recordar, como acabou de fazer Laurent Dispot na revista que dirijo, «La règle du jeu», que o terrível Pio XII, em 1937, quando ainda era só o Cardeal Pacelli, foi o co-autor da Encíclica *Mit brennender Sorge* («Com viva preocupação»), que, até hoje, continua a ser um dos manifestos anti-nazistas mais firmes e eloquentes. Devemos também, por exactidão histórica, citar que, antes de optar pela acção clandestina, antes de abrir, sem o dizer, os seus conventos aos judeus romanos perseguidos pelos fascistas, o “silencioso” Pio XII pronunciou algumas alocações radiofónicas (por exemplo no Natal de 1941 e 1942) que lhe valeram, depois da morte, a homenagem de Golda Meir, nestes termos: «Durante os dez anos do terror nazista, enquanto o nosso povo sofria um martírio assustador, a voz do Papa elevou-se para condenar os carnílices».

Agora, surpreende-nos sobretudo que, do silêncio ensurdecido no mundo inteiro sobre o *Shoah*, se faça carregar todo o peso, ou quase, naquele que, entre os soberanos do momento: **a)** não possuía canhões nem aviões; **b)** não poupou os próprios esforços para partilhar com quem dispunha de aviões ou de canhões, as informações que lhe chegavam; **c)** salvou pessoalmente, em Roma mas também alhures, um grandíssimo número daqueles pelos quais tinha a responsabilidade moral.

Último retoque ao Grande Livro da Baixeza contemporânea: Pio ou Bento, pode ser Papa ou bode expiatório.

Branca



**NOTÍCIAS
E
COMENTÁRIOS**

Branca

PAPISA JOANA: HISTÓRIA DE UM PAPA QUE JAMAIS EXISTIU*

Desde a antiguidade, os romanos sempre adoraram uma boa farsa. De Plauto a Neri Parenti, mulheres fantasiadas de homens, personagens de cliché e bufões têm deleitado os habitantes da Cidade Eterna.

O novo filme alemão “A Papisa”, que fez a sua estreia nos cinemas italianos na segunda semana de Julho passado, saiu do âmbito da comédia para apresentar a história fictícia de um Papa do sexo feminino, numa narrativa longa e cansativa que nos faz lembrar com nostalgia os Monty Python .

“A Papisa” baseia-se no livro homónimo da escritora norte-americana Donna Woolfolk Cross. Publicado em 1996 após “sete anos de pesquisas”, narra uma fábula com suficientes viradas grotescas para ser digna dos irmãos Grimm.

A história gira em torno de Joana, uma jovem criada na Alemanha do século IX por um sacerdote que se recusava a reconhecer suas qualidades intelectuais, uma vez que “sob a perspectiva católica”, as mulheres seriam inferiores.

Este último aspecto, destacado pelos múltiplos maus-tratos sofridos pela protagonista, evidencia a convicção pessoal da autora da “evidente carência da Igreja católica” de um toque feminino.

Joana cresce travestida de homem, e mediante uma série de incidentes providenciais, chega a Roma, onde, graças às suas aptidões médicas únicas, seu alter ego, “Giovanni Anglicus”, torna-se confidente do Papa Sérgio II (844-847). Com a morte prematura do Pontífice, provocada por intrigas, “Giovanni Anglicus” torna-se Papa por aclamação popular.

* Escrito por Elisabeth Lev para ZENIT.org (ROMA, quarta-feira, 7 de Julho de 2010).

Joana dedica-se então a uma série de reformas, que incluem a implementação das “escolas catedrais” para mulheres (ainda que, na verdade, tais escolas só tenham surgido dois séculos mais tarde), a reforma dos aquedutos e melhorias na vida cívica. Obviamente, a missa, a oração e os sacramentos não têm lugar na vida atarefada de Joana, e o filme não faz menção a uma possível ordenação de “Giovanni Anglicus”.

Seu breve pontificado encerra-se com sua morte, durante a procissão do Domingo de Páscoa, motivada por um aborto. O seu nome teria sido então apagado do *Liber Pontificalis* por vingança.

O filme apresenta uma típica visão do pontificado como uma corporação, na qual uma mulher pode exercer o papel de “directora executiva” como qualquer homem. As cenas sensuais que retratam a relação de Joana com seu amante, o Conde Gerold (interpretado por David Wetham, o “Faramir” de “O Senhor dos anéis”), lembram cenas de “Sex in the City”.

A lenda da Papisa Joana nasceu há cerca de 800 anos, e é atribuída aos hereges cátaros. Há muitas discrepâncias nas diferentes versões: algumas dizem que teria sido eleita em 847, outras falam em 1087; algumas afirmam que seu nome era Joana (Giovanna), outras Agnese ou Giberta; o que é certo é que não há registos anteriores a 1250 da história, quando a Crónica Universal de Menz a menciona pela primeira vez.

O mito foi retomado pelos protestantes no século XVI e divulgado a fim de danificar a imagem do pontificado. David Blondel demonstrou a falsidade da história numa série de estudos publicados em Amsterdão em 1650.

Como a maior parte dos filmes anti-católicos, “A Papisa” faz uso livre das palavras de São Paulo sobre as mulheres, a fim de sustentar que a Igreja as tem oprimido desde as origens. Ignora, por exemplo, que a mais antiga universidade do ocidente - a Universidade de Bolonha - já admitia estudantes mulheres desde o início de suas actividades, em 1088.

O filme (os seus autores...) tenta que seja tomado muito a sério, mas o resultado são 2 horas e 19 minutos de tédio. Na tentativa de resgatar o espectador do estado de torpor, quando a história é transportada para Roma, as cenas rurais desaparecem para dar lugar à sumptuosa corte papal, enquanto os aposentos (situados erroneamente em São Pedro e não em São João de Latrão) ostentam brilhantes colunas de mármore negro e um leito papal faraónico, com cortinas de veludo e estátuas douradas.

Embora o filme ainda não tenha encontrado um distribuidor nos EUA, estreou nas telas italianas a tempo para as comemorações de São Pedro e São Paulo; e enquanto o mundo celebrava o testemunho daquele que foi o primeiro Papa, os seus espectadores puderam acompanhar a história de um papa que jamais existiu.

A AMCP E A ASSISTÊNCIA AOS PEREGRINOS EM FÁTIMA

Há muitos anos já, em data que não ficou registada, mas que deverá situar-se provavelmente há mais de quarenta anos, houve um acordo verbal entre o Senhor Reitor do Santuário, na altura Monsenhor Luciano Guerra, e o Senhor Dr. Augusto Bianchi de Aguiar (de saudosa memória), representando a Associação dos Médicos Católicos. O acordo estabeleceu que os médicos da AMCP, em regime voluntário e gratuito, prestariam assistência médica no Posto de Socorros do Santuário de Fátima em dias de peregrinação. Para esse efeito, a Associação pediu aos seus membros que, os que pudessem e se sentissem em condições de prestar este serviço, se oferecessem em número suficiente para garantir uma escala de assistência. Assim aconteceu e assim se tem mantido um serviço de enorme utilidade.

O acordo, que se tem mantido sem interrupção desde então, estabelece que o Santuário proporciona alojamento e refeições e a Associação coordena a prestação dos serviços médicos aos Peregrinos todos os fins de semana do ano, todos os Dias Santos e Feriados, e todos os dias de 15 de Julho a 15 de Setembro.

Assim, estamos em Fátima, prestando cuidados médicos no Posto de Socorros do Santuário, um pouco mais de 160 dias por ano. A Associação dispõe de um grupo de 130 médicos que voluntária e gratuitamente se dispõem a prestar este Serviço

Deste modo, o que inicialmente poderia parecer complicado, foi tornado muito simples pela devoção especial da AMCP à Senhora de Fátima, graças à iniciativa de um Homem excepcional, o Senhor Dr. Bianchi, administrador de «Acção Médica» em tempos muito difíceis, e do apoio incondicional do Reitor de então e dos seus sucessores.

Trata-se de um serviço pouco conhecido, ou talvez completamente desconhecido pela maior parte dos sócios actuais. Mas todos os que têm participado nele sentem que é uma experiência bem diferente da do Centro de Saúde ou da Consulta Hospitalar. Todos terão as suas histórias para contar, lindas, comoventes e misteriosas. Em cada uma delas se sente, dum forma muito viva, a presença da Senhora que chama os peregrinos, de todas as idades, àquele lugar especial. Têm ainda sempre uma certeza: regressam de Fátima com o coração diferente.

O actual coordenador é o Dr. Jorge Pereira, de Aveiro.

«ACÇÃO MÉDICA» HÁ 50 ANOS

O fascículo nº 97 da nossa revista, relativo aos meses de Julho a Setembro de 1960, abre com uma conferência do Professor Costa-Sacadura sobre S. Vicente de Paulo e as suas conferências. O ilustre obstetra, que foi médico chefe do Hospital de S. Luís dos Franceses, onde nessa altura a enfermagem estava a cargo das Irmãs da Caridade ou da Ordem de S. Vicente de Paulo, presta a sua homenagem ao grande apóstolo da assistência aos enfermos pobres e às conferências que floresceram – e florescem – em todo o mundo, congregando leigos para este indeclinável dever. Baseado na sua experiência, refere os terríveis problemas das mães solteiras, a angustiante situação de grávidas abandonadas e defende a existência de maternidades secretas, sucessoras da “roda”, em que as mulheres possam dar à luz sem revelar o seu nome e condição e os filhos possam ser logo entregues à adopção.

O Prof. Abel Tavares é o autor do trabalho sobre “Moral e Medicina”. Em prosa de bom estilo literário aborda alguns dos temas em que o médico se vê confrontado com problemas de ordem moral que exigem decisões difíceis e, quantas vezes, opções corajosas, de modo a salvaguardar a tranquilidade de consciência. Sem entrar na discussão dos temas elencados, o nosso Professor Abel preocupa-se, sobretudo, com a definição da estrutura moral do médico: competência, a adquirir constantemente e sem o qual não pode exercer a profissão; preparação científica e espírito de investigador; e, sobretudo, aquela atitude de compaixão, solidariedade e amor, que será sempre o melhor conselheiro do médico, que não o cega, antes o faz clarividente, como lembrou Pio XII, falando aos médicos católicos. Desta forma, o médico aproveitará os grandes progressos da técnica, sem se deslumbrar por ela, e pondo-a sempre ao serviço da pessoa doente. Médico perfeito (“Retrato do Médico Perfeito” é o

título da obra seiscentista de Henrique Jorge Henriques) será aquele que cultive competência, humildade, diligência no estudo, discrição, fortaleza, tacto, isenção, pureza de coração e de costumes...

O Dr. José Riquelme Salar, já aqui referido por ser autor de outros contributos, apresenta mais um artigo (parte IV de um estudo extenso) sobre as enfermidades de S. Paulo.

Segue-se um relato sobre o 9º Congresso Internacional dos Médicos Católicos, realizado em Munique de 25 a 29 de Julho de 1960. São nele referidas todas as actividades do Congresso, presidido pelo Prof. Leo Norpoth. Da extensa lista de comunicações depreendemos que foram dois os conferencistas portugueses (Prof. João Porto e Dr. Girão Ferreira) e que Pedro Lain Entralgo proferiu uma conferência sobre “O cristianismo e a técnica médica”. Pena é que a nossa revista não tenha guardado nas suas páginas o (creio que inédito) texto do grande mestre da filosofia da Medicina e da antropologia.

A habitual secção de Sínteses Médicas trimestrais encerra este número. A contracapa informa acerca da constituição das Direcções da AMCP. Ficamos a saber que o Assistente da Direcção Superior era o futuro Cardeal D. António Ribeiro; e que da Direcção Diocesana do Porto constavam, entre outros que recordamos com saudade, os nossos vivos e actuates Colegas Daniel Serrão, Joaquim Pinto Machado e Levi Guerra.

Walter Osswald

ABERTURA: Objecção de consciência – a Liberdade por medida – J. BOLÉO-TOMÉ 3

Mais uma vez vai estar em causa o direito à liberdade de escolha, desta vez com a tentativa de limitar o direito à objecção de consciência. A proposta apresentada para votação no início de Outubro no Conselho da Europa, se aprovada, torna praticamente impossível o exercício do direito à objecção de consciência. Esse o motivo deste comentário.

A deontologia do estudante de Medicina – J. Pinto MACHADO 6

O valor ético que deve presidir a todo o comportamento e formação do estudante de Medicina, assenta numa palavra – responsabilidade. Este é o valor ético que se identifica com a dignidade ontológica da Pessoa. O que significa, no estudante de Medicina, esta responsabilidade? O Autor aponta e desenvolve os seguintes aspectos: Responsabilidade para com os futuros doentes; para com a sociedade; para com a escola médica; para com os colegas, especialmente os do mesmo ano curricular e dos anos curriculares posteriores; para com os candidatos ao curso de medicina que não conseguiram admissão e a mereciam; e responsabilidade para consigo próprios.

Justiça em saúde: um princípio inquestionável? – Amélia da Conceição REGO DA SILVA 12

O presente artigo intitulado “Justiça em saúde, um princípio inquestionável?” destaca a pluralidade de concepções acerca do princípio de justiça e resulta da reflexão sobre a sua aplicação à vertente dos cuidados de saúde. A sociedade actual gera desigualdades, injustiças, reduz ou pretende mesmo extinguir alguns direitos amplamente reconhecidos, situação que apela à responsabilidade ética de todos os actores em saúde. Dado que a nível nacional e internacional se colocam questões de sustentabilidade económica que podem ser fonte de conflitos apresentamos algumas das correntes de pensamento que julgamos mais utilizadas na análise

107

das questões bioéticas suscitadas pelo contexto da prática em cuidados de saúde, uma vez que o princípio da justiça tem de ser considerado na ponderação moral da atribuição justa de recursos. Adoptamos uma metodologia de tipo critico-reflexivo e concluímos que o princípio da justiça é um valor inquestionável, no entanto o modo de o operacionalizar junto dos cidadãos está longe de ser alvo de consenso não se conseguindo, por vezes, conciliar decisões que perante a escassez de recursos salvegarde o bem comum e reduza a distribuição social injusta.

Palavras-chave: Justiça, justiça distributiva, equidade, saúde

Objecção de Consciência no Conselho da Europa – Alexandre LAUREANO SANTOS 26

Trata-se de um parecer elaborado pelo *European Centre for Law and Justice*, uma instituição não lucrativa dedicada à protecção das liberdades religiosas na Europa. O texto critica uma proposta a ser apresentada à Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa (APCE) no sentido de limitar a utilização da objecção de consciência aos prestadores de cuidados de saúde (instituições e profissionais) em procedimentos que impliquem o termo da vida humana. A proposta criticada inclui a proibição do exercício da actividade em instituições públicas a profissionais objectores de consciência e a existência de um registo nominal público dos objectores de consciência a actos previstos pelas leis. O parecer fundamenta as razões pelas quais o relatório da proposta é gravemente atentatório da liberdade de consciência pelo que a proposta à APCE deve ser rejeitada.

BIOÉTICA: DESAFIOS E RISCOS**• A Bioética numa encruzilhada – Daniel SERRÃO 57**

A “grande e generosa Utopia do século XXI”, no sentido de uma Bioética Global, pensada há anos pelo Autor, transformou-se afinal numa encruzilhada difícil, porque contrapõe os apóstolos desta Bioética aos predadores de recursos, materiais e morais. Este é o ponto de partida para a reflexão do Autor.

• Quando na Bioética só interessam as consequências: o exemplo do aborto – Carlo BELLINI 67

Como exemplo dos desvios bioéticos temos o tema do aborto, ou o tema da fecundação *in vitro*. Discutem-se os meios, descuida-se o estudo das causas e a prevenção séria, assim como a formação humana básica.

108

- **Os debates da encruzilhada bioética: a Eutanásia** – Ferdinando CANCELLI 70
Outro exemplo dos desvios da discussão bioética é a eutanásia, termo quase ausente do vocabulário. Pouco se fala em dignidade da vida humana até ao último momento, mas sim em discutir técnicas; parece que se pretende esconder o que está em jogo.
- **Suicídio assistido: novo nome para a eutanásia activa** – John FLYNN 72
Este é mais um exemplo da confusão bioética em discussão. Esquecendo a palavra eutanásia, provoca-se a morte sob o pretexto de uma suposta vontade do doente. Esta é uma das discussões em debate em vários países, onde foram já detectados graves abusos.
- **Eutanásia e Testamento Vital: limites indefinidos, riscos crescentes** – redacção de «Acção Médica» 77
Também o Testamento Vital, uma boa intenção na sua origem, ligada apenas a esforços inúteis para um falso prolongamento da vida, se encontra a resvalar no plano inclinado de uma eutanásia activa.
- **Manipulação genética: conquista científica ou presunção criadora?** – redacção de «Medicina e Persona» 80
Os avanços da ciência no domínio da genética, leva alguns cientistas a esquecerem os limites éticos, quando se trata da pessoa humana. Comportam-se como verdadeiros aprendizes de feiticeiro, dominados pela presunção. É dado um exemplo bem recente, base para este comentário.
- **«Dignitas Personae» e Bioética: os desafios da ciência e da técnica para a ética humana** – Gonzalo MIRANDA 83
Recordam-se os pontos fundamentais da *Instrução* publicada em Dezembro de 2008.

ARQUIVO: MÁ FÉ E DESINFORMAÇÃO

- **Ainda os ataques ao Papado** – J. BOLÉO-TOMÉ 89
É recorrente o ataque à Igreja; vai variando de motivo ou de tema mas regressa agora com mais intensidade `figura de dois Papas: PioXII e Bento XVI.
- **Pio XII e os Judeus** – Gary S. KRUP 90
Novos documentos vindos a lume demonstram o que foi a acção extraordinária de Pio XII, salvando milhares de Judeus.
- **Bento XVI: má fé e desinformação** – Bernard LÉVY 95
Tudo tem sido experimentado para desacreditar este Papa. O Autor, Judeu, denuncia a má fé que tem vindo a revelar-se nesta campanha.

109

NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS

- **Papisa Joana** (comentário a propósito de um livro agora publicado sobre um Papa/Mulher que nunca existiu)101
- **AMCP e a assistência aos Peregrinos em Fátima** (notícia sobre um serviço que é prestado há muitos anos)103
- **Acção Médica» há 50 anos**105

110

EDITORIAL: Objection of conscience – Liberty on risk – J. BOLÉO-TOMÉ 3

Once more, liberty of choice is in risk, a very hard risk, because there are proposals to limit the right and possibility of objection of conscience for doctors and medical personnel. Such a resolution will be voted at the next Plenary Session of the Commission of the European Parliament, between the 4th and the 8th of October, in Strasburg.

Deontology to medical students – J. Pinto MACHADO 6

The Ethics values that must be as the foundation of the behavior, compromise and acting of medical students, means and lay down on a simple word – responsibility. The Author speaks about the different lines of responsibility: to the future patients, to society, to the School of Medicine, to the colleagues, to themselves.

Justice in health, an unquestionable principle? – Amélia C. Rego da SILVA 12

The present article points out the diversity of conceptions of the principle of justice and the results from the reflection of its application to aspects related to healthcare. Today's society generates inequality, injustice, reduces or even tries to abolish some widely recognized rights, a situation which appeals to the ethical responsibility of all actors involved in health. Provided that on the national and international level questions on economic sustainability are set which can be a source of conflicts, we present some currents of thought which we believe are most used in the analysis of bioethical issues, raised by the context of practice in healthcare, once the principle of justice in the moral ponderation in the fair attribution of resources must be considered. We adopted a critical-reflective methodology and concluded that the principle of justice is an unquestionable value; however, the way it is operated on the citizens is far from being the target of consensus, not being

able, sometimes, to reconcile decisions to reconcile which in the sight of the shortage of resources safeguard the common well-being and reduce the unfair social distribution.

Keywords: Justice, distributive justice, equity, health

Objection of conscience at the Council of Europe – A. LAUREANO SANTOS 26

This report was prepared by the *European Centre for Law and Justice*, an international Non-Governmental Organization dedicated to protect human rights and religious freedom in Europe. The text is referred to a proposal to be presented to the Members of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe (PACE) in order to oblige the healthcare provider to provide the desired treatment to which the patient is legally entitled [i.e. abortion] despite his or her conscientious objection. The proposal also intends to deprive public/ state institutions such as public hospitals and clinics as a whole from the guarantee of the right to conscientious objection and the creation of a public registry of conscientious objectors. The text of this report demonstrates the reasons why this proposal gravely endangers the very core principle of freedom of conscience and must be rejected by PACE.

BIOETHICS: CHALLENGES AND RISKS**• Bioethics at a crossroad – Daniel SERRÃO** 57

The 'great and generous utopia of the XXI century', in the sense of a Global Bioethics, as thought by the Author years ago, became after all a difficult crossroad that antagonizes the apostles of this Bioethics to the predators of resources, both material and moral. This is the refelction point for the Author.

• When Bioethics is only interested in the consequences: the example of abortion – Carlo BELLINI 67

As an example of Bioethics deviations we have abortion, or the in vitro fecundation theme. The means are discussed, but the study of the causes and serious prevention is left aside, as well as the basic human formation.

• The debates at the Bioethics crossroads: Euthanasia – Ferdinando CANCELLI 70

Another example of the deviations of the bioethics discussion is euthanasia, a word almost absent from the vocabulary. The human dignity is seldom mentioned up to last moment, but the techniques

are discussed; it seems that someone is trying to hide what's at stake.

- **Assisted suicide: a new name for active euthanasia.** – John FLYNN 72

This is another example of the discussed bioethics confusion. One forgets the euthanasia word, and provokes the patient death under the pretext of a supposed patient's will. This is the debate in several countries, where serious abuses have been detected.

- **Euthanasia and Vital Will: undefined limits and raising risks** – board of «Acção Médica» 77

Vital Will, a good intention at its origin, connected only o useless efforts to a false life prolongation. Is slipping to active euthanasia.

- **Genetic maipulation: scientific conquest or Creative presumption?** – board of «Medicina e Persona» 80

The scientific advances in the genetics, as led some scientists to forget the ethics limits of the human person. They behave as true witch apprentices, dominated by presumption. A recent example is the base for this comment.

- **«Dignitas Personae» and Bioethics: science and technology challenges to human ethics** – Gonzalo MIRANDA 83

The fundamental issues of the *Instruction* published in December 2008

Branca

ARCHIVE: BAD FAITH AND DESINFORMATION

- **Once again the attacks at the Papacy** – J. BOLÉO-TOMÉ 89

The attack at the Church is recurrent: it changes the motive or the theme but strikes again forcefully against two Popes: Pius XII and Benedict XVI.

- **Pius XII and the Jews** – Gary S. KRUP 90

New documents just came out show the extraordinary action by Pius XII to save thousands of Jews.

- **Benedict XVI: bad faith and desinformation** – Bernard LÉVY .. 95

Everything has been used to disbelieve the Pope. The Author, a Jew, denounces the bad faith that this campaign has revealed.

NEWS AND COMMENTS

- **Pope Joanna** (comment on a book just published about the Woman Pope that never existed)101

- **AMCP and the Pilgrim's assitance in Fátima** (news of a service done for many years)103

- **«Acção Médica» 50 years ago**105

113

114

NOVOS ASSOCIADOS

Foram admitidos como novos associados:

- Dra. Maria Alice Dias Gonçalves Fernandes — Castelo Branco
- Dra. Ana Maria Soares de Almeida — Castelo Branco
- Dr. Rui Miguel Alves Filipe — Castelo Branco
- Dr. Helder Santos Pacheco — Castelo Branco
- Dr. Eduardo João Abrantes Pereira — Castelo Branco
- Dra. Maria Cremilde dos Santos Alegre Pereira
— Castelo Branco
- Dra. Maria dos Prazeres Rodrigues da Silva — Leça da Palmeira
- Dra. Maria Teresa Santos de Oliveira Dias Costa Leite de Castro
— Vila do Conde
- Dra. Gabriela Poças Fernandes da Silva — Vila do Conde
- Dr. Nuno André de Araújo Castro Pereira Cardoso
— Vila Nova de Famalicão
- Dr. João José Fernandes Cardoso Araújo Cerqueira — Viana do Castelo
- Dr. Filipe Coelho da Silva — Braga
- Dra. Maria Aldina Lopes Brás — Queluz
- Dr. Alexandre Manuel Duarte Mendes — Coimbra
- Dra. Ana Margarida Almendra Ferreira — Coimbra

Branca