



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

ANO LXXV, Nº 1

MARÇO 2011

**Fundador**

*José de Paiva Boléo*

**Director**

*J. Paiva Boléo-Tomé*  
(paivaboleotome@gmail.com)

**Administradora**  
*Ana Sarmento*

(antoniosarmento55@sapo.pt)

**Sub-Director**

*Alexandre Laureano Santos*  
(a.laureano@netcabo.pt)

**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:* José Rueff Tavares

*Vice-Presidente:* João Paulo Malta

*Secretário:* Ana Félix

*Tesoureiro:* Ana Sarmento

*Vogais:* Margarida Neto

Aldina Brás

José Patena Forte

Rui Barreira

*Assistente:* Conégo Dr. José Manuel Santos Ferreira

*Secretária:* Maria de Fátima Costa

**NÚCLEOS DIOCESANOS (PRESIDENTES)**

*Aveiro:* Jorge Rodrigues Pereira

*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**

<b>ABERTURA : Liberdade e relativismo</b> .....	3
<i>J. BOLÉO-TOMÉ</i>	
O médico perante a Vida e a Morte .....	5
<i>Armando PORTO</i>	
Algumas questões éticas em unidades de tratamento intensivo .....	16
<i>A. LAUREANO SANTOS</i>	
Os velhos do Restelo, os jovens turcos e a eutanásia .....	33
<i>J. Cardoso da SILVA e Walter OSSWALD</i>	
A morte cerebral .....	37
<i>Roberto de MATTEI</i>	
Alimentação artificial e obstinação terapêutica .....	42
<i>Congregação para a Doutrina da Fé</i>	
<b>TEMAS ACTUAIS</b>	
• <b>A pobreza em Portugal</b> .....	53
<i>P. Moreira JARDIM</i>	
• <b>Racismo e pobreza – combinação destruidora</b> .....	62
<i>Mons. Silvano TOMASI</i>	
• <b>A mente, o cérebro e a deriva niilista</b> .....	69
<i>Giorgio ISRAEL</i>	
• <b>Relativismo e domínio do mundo</b> .....	74
<i>Mons. Silvano TOMASI</i>	
<b>NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS</b>	
• <b>“Twiblings”: a última novidade em procriação artificial</b> .....	81
<i>D. António DUARTE</i>	
• <b>Cresce a Pedofilia, mesmo a cultural</b> .....	84
<i>Mirko TESTA</i>	
«ACÇÃO MÉDICA» HÁ 50 ANOS .....	90
<i>Walter OSSWALD</i>	
<b>OBITUÁRIO</b> .....	92
<b>RESUMOS</b> .....	97

**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:**

<i>Portugal</i>	
Um ano (4 números) .....	20,00 €
Avulso .....	5,00 €
<i>Estrangeiro</i>	
Acrescem as despesas de envio	
<i>Estudantes</i> .....	10,00 €

### LIBERDADE E RELATIVISMO

*Desde que, há mais de trinta anos, foram definidos os Princípios de Belmont como a base do comportamento bioético moderno (1978), a sua manipulação sociopolítica tem sido a regra: organismos supranacionais, governos dos Estados, formações políticas, academias do pensamento filosófico, não só defendem como procuram aplicar em leis a “sua verdade”, isto é, a sua interpretação da Justiça, do Bem, da Autonomia.*

*Poderá parecer estranho que ideias tão «eticamente perfeitas» (autonomia, justiça, beneficência, não maleficência) possam ser usadas para impor uma nova ordem a que muitos já chamaram a “ditadura do relativismo”. As sucessivas denúncias já feitas quanto a esta ditadura justificarão que se volte a falar do mesmo, associando dois conceitos aparentemente indiferentes como Liberdade, que todos aceitam, e Relativismo, claramente discutível?*

*A realidade cultural e comportamental mostra à evidência que qualquer dos princípios bioéticos tem vindo a ser usado de acordo com o pensamento defendido pela maioria do momento, que o interpreta de acordo com a conveniência da doutrina sociopolítica dominante. Para maior eficácia, criam-se grupos de pressão que transformam ideias desviantes, absurdas, ou mesmo destrutivas, em conceitos de modernidade e de progresso.*

*Seguindo este caminho, os valores éticos de hoje poderão não ser os mesmos da véspera, e ninguém sabe se serão aceites no próximo futuro. Flutuando como bandeiras agitadas pelo*

*vento, na realidade deixam de poder desempenhar o seu papel fundamental – serem os valores firmes de referência que ajudam a escolher e a caminhar em segurança.*

*O relativismo que invadiu e se instalou nos principais organismos internacionais impôs já, aos povos e às pessoas, decisões de conveniência de acordo com os grupos de pressão que dominam os poderes. Tudo se passa mesmo que, logo à partida, essas decisões possam mostrar à evidência as violações claras de tudo o que permite a uma sociedade ultrapassar dificuldades, desenvolver-se e humanizar-se, cultivando a dignidade, o respeito pela vida, a entreatajuda.*

*Esta é já a situação actual. Aborto, eutanásia, manipulação genética, são apenas sintomas desta crise de valores imposta pelo relativismo moral: a vida humana tem o mesmo valor relativo de qualquer inerte, e define-se como útil ou inútil.*

*Avançando um pouco mais, vemos surgir em leis dos Estados as surpreendentes “teorias do género”, em que a simples biologia (géneros masculino e feminino) é substituída pela ideologia (cinco géneros... ou serão 23 de acordo com a proposta defendida pela Comissão Australiana de Direitos Humanos?!). Vemo-las avançar nos programas escolares (obrigatórios), sem qualquer respeito pela liberdade de ensino, em que os pais deveriam ser os primeiros responsáveis.*

*Liberdade... que lugar ocupa quando o relativismo já domina leis e pessoas, imposto por maiorias sem convicção e tantas vezes dominadas pelo medo – as mesmas que conduziram povos às maiores hecatombes da História Humana?*

J. BOLÉO-TOMÉ

## O MÉDICO PERANTE A VIDA E A MORTE

Armando PORTO\*

Quando um doente se queixa, não raramente, subjazem interrogações ou afirmações de carácter geral, que dizem respeito à condição humana.

Estas questões, em si, geram ou agravam sofrimento, mas muitas vezes o tratamento fá-lo desaparecer e restabelece a saúde.

Porém, contrariar as condições humanas em que é possível aceder a um problema e aceitar a sua necessidade, através da sua racionalidade, compreendê-lo, não é, só por si, dar-lhe obrigatoriamente solução.

Existe o chamado mal existencial, que se distingue do somático e do psíquico; é um sofrimento que resulta da maneira de encarar e conceber a existência humana, com a sua finitude e o seu lugar no universo. Por outras palavras, o mal existencial é o encontro doloroso duma pessoa com a condição humana universal e não a condição particular e singular dum dado indivíduo.

E, saber colocar um problema universal e dele tomar consciência é aceitar a sua necessidade, através da sua racionalidade, em suma, é mostrar-se à altura da sua condição humana.

\* Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina de Coimbra

A nossa vida implica pensamento filosófico, pois não basta exprimir as nossas próprias emoções, é preciso compreender a condição humana universal.

Por isso, há que aprender com os filósofos, porque no fundo do “mal estar” dos doentes pode encontrar-se o “estar no mundo” imanente, numa dimensão transversal, e o “estar no mundo” transcendente, numa dimensão vertical.

E, em boa verdade, é a percepção dos nossos próprios limites que leva a interrogar-nos. Alguém afirmou que “curar nunca é um retorno ao estado inicial “standard” de saúde, é entrar numa nova saúde”. De facto, a doença sempre deixa marcas, escrevendo, ela também, a história do indivíduo. E, viver é, simultaneamente, fechar de forma irreversível as perspectivas frustradas e abrir outras inesperadas. “Viver é expor-se aos seus limites”.

Em regra, a temporalidade da nossa existência relativiza toda a experiência vivida, inscrevendo-a apenas num tempo dado. Se à forma sensível em que a experiência se cristaliza (“sinto-me mal”) se juntar uma forma intelectual de interpretação metafísica (“o corpo envelhece, a doença ameaça”), surge o sofrimento. Quando os problemas dos doentes não se inscrevem no plano somático ou psíquico, é porque subjaz uma questão existencial.

\*\*\*\*\*

De todos os progressos das últimas décadas, tocam-nos particularmente os da Medicina, com a nossa vida biológica e psicológica tornada objecto de ciência, levando-nos a acreditar que o projecto da civilização tecnológica hodierna culmina na perícia do mestre e no conhecimento objectivo do sujeito que estuda. Mas, em quase tudo existe um senão, e actualmente, são os nossos próprios sucessos que nos ameaçam, sendo pertinente perguntar quem dominará a mestria e que restará do sujeito quando se tornar mero objecto do saber e da técnica.

Estamos, não aparente, mas realmente, no meio duma verdadeira revolução. A Medicina, tão antiga como o Homem, teve sempre que combater a doença, mas só no século XIX aquela se tornou científica, havendo ainda hoje quem encare o exercício da Medicina como arte, ciência ou técnica, ou como tudo isto, simultaneamente.

Facto é que nos últimos anos atingiu um desenvolvimento tal que mudou a nossa vida: o diagnóstico deixou de ser exclusivamente clínico, socorrendo-se cada vez mais do laboratório e da imagiologia e a terapêutica conheceu um progresso notável, capaz de salvar milhões de vidas, o que tem justificado o emprego de meios cada vez mais vultosos.

Mas, é oportuno perguntar se se utilizam realmente agora todos os meios existentes. A resposta não é simples, porque a Medicina, tendo o Homem como objecto, é submetida a exigências éticas que nenhuma ciência pode abolir ou substituir. Se deixarmos as ciências e técnicas desenvolver-se espontaneamente, todo o possível será feito, o que, tratando-se do Homem, não é aceitável. Por isso, o desenvolvimento espontâneo tem que ter como limites externos os deontológicos, éticos e jurídicos.

Nenhuma Comissão de Ética poderá dispensar qualquer médico ou cidadão do dever de julgar. Na verdade, a Bioética não é um capítulo da Biologia, mas sim da Ética, uma parte da nossa responsabilidade simplesmente humana, ou seja, tendo presentes os deveres do Homem frente a outro Homem e deste perante a humanidade. Deslumbrados com os progressos, poderíamos esquecer que a modernidade tem as suas peias e os seus perigos e que o essencial da nossa visão da Medicina não é sempre novo e a novidade não é obrigatoriamente essencial.

Temos consciência de que a Medicina como área científica é recente, mas a vida, a saúde, a doença e a morte, não. O aumento notório da longevidade chega a levar certas pessoas a afirmar que hoje “se morre menos”... Esta é uma expressão ilusória de um

fantasma estatístico, pois o que acontece é que cada individuo morre e, afinal, todos morrerão, mas, em termos médios, felizmente, mais tarde!

Quando o doente pede ao médico que o trate, tão grande é actualmente o progresso da Medicina que ele e a sua família não consideram como natural a morte, que é então encarada como um fracasso das ciências médicas. Na situação emocional por que se passa no momento não é compreendido facilmente que a vida humana tem um limite. Afirmando-se correntemente que a função do médico é curar, ou seja, combater a morte, não se quer aceitar que haja doenças incuráveis. Esquece-se, então, a conhecida frase sibilina de Knock: “A saúde é um estado precário, que não pressagia nada de bom”.

Como o Homem é mortal, a Medicina comporta inevitavelmente o seu limite ou o seu fracasso. Como afirmou Epicuro, “Habitamos todos uma cidade sem muralhas”, pois estas são representadas pela saúde e pela vida em si. E Bichat definiu “A vida é o conjunto das funções que resistem à morte”.

Mas outros a têm caracterizado de formas diferentes. A definição do humorista: “A vida é uma doença hereditária, sexualmente transmitida e mortal”, se é certa, pouco comporta de filosófico. Para os filósofos pode ser algo com significados bem diversos, pois se para François George “viver é perder”, para Martin du Gard, pelo contrário, “A vida é uma vitória que dura”.

Mas, de facto, não é a morte que temos que vencer – até porque não podemos – mas sim o medo que temos dela. O remédio para tal é a sagesa – “sagesse”: forma superior de sabedoria – e não a saúde; a Filosofia, e não a Medicina, é o caminho (C. Sponville).

Nunca devemos olvidar que o objectivo da nossa vida é tentarmos viver com felicidade, pois, indubitavelmente, vive-se melhor com felicidade do que sem ela.

Mas, sabendo qual é o nosso fim, é prudente lembrar que, antes da morte, há um caminho que a deve preparar, aceitando naturalmente

que “viver é envelhecer, é morrer aos bocados “(Montaigne). E, realisticamente, não há que lastimar o envelhecer, pois tal é a única forma de não morrer (Jean d’Ormesson). De facto, a vida é o contrário duma utopia, pois sabemos seguramente, conscientemente, que havemos de envelhecer e de morrer.

Mas, se a morte é o termo e não o objectivo da vida, filosofar é aprender a viver e não a morrer. E, em princípio, não devemos preocupar-nos de não saber morrer, pois a natureza nos informará como, na altura exacta, plena e suficientemente...

Mas, nem todos o entenderam assim na hora derradeira. D. Tomaz de Mello Breyner pediu para chamarem um frade que morava próximo, dizendo-lhe com humor mantido até ao fim: “venha ajudar-me, pois é a primeira vez que vou fazer isto”! E um outro frade, com a presença do seu superior, que lhe garantia que se dirigia a um lugar mais elevado, replicou: “Pois sim, mas isto cá em baixo também não é mau”!

Uma dificuldade de todos os tempos é saber como escapar à angústia provocada por se pensar na morte. Sempre com verdade, vivendo a vida como ela é, se possível aceitando também a morte, tal como a velhice e a doença.

Freud escreveu: “Se queres a vida, prepara-te para a morte”. De facto, deve-se dizer sim à vida, mas também aceitar a sua finitude, com os seus fracassos e frustrações, saber dizer sim à doença e à morte.

Há quem pretenda combater a morte, mas como? Talvez tanto melhor quanto menos a temermos. Existem muitas condições que não dependem directamente de nós. Por exemplo, ser feliz é ter a sorte de o ser, sem que a nossa vontade e a razão possam interferir grandemente para tal. Na antiguidade, os gregos falavam muito do “destino”, actualmente nós mais da sorte quando ela sorri.

Um grande Professor da Faculdade de Medicina de Coimbra, em casos clínicos em que tivéramos longo empenhamento terapêutico mas sem êxito, utilizava a expressão aparentemente paradoxal: “morreu curado”.

Mas, vendo bem, que se possa morrer em plena saúde, não é absurdo nem contraditório.

Envelhecer e morrer fazem parte do nosso destino, da nossa “normalidade biológica”. Temos que aceitar que não sejamos sempre absolutamente normais, sãos, e que uma vida indemne de qualquer patologia é que seria fora das normas. O normal e o patológico são duas situações próprias do ser vivo, vertentes impossíveis de separar, pois a doença faz parte da vida, das suas capacidades de adaptação, da sua fragilidade, ou seja, em última análise, a ameaça da doença é um dos constituintes da saúde. Se esta é o estado normal do ser vivo, haverá desvios da norma ao longo da vida, pois esta faz-se e desfaz-se sequencialmente.

Montaigne – filósofo, não médico – afirmou mesmo: “Tu não morres do que estás doente, mas por estares vivo”.

Mas a assunção desta ideia não deve levar a renunciar ao tratamento necessário, pois a saúde é o mais belo e rico presente que a natureza nos sabe dar. Os antigos faziam da Filosofia uma Medicina, a da alma (Platão), cuja sagesa seria a saúde. Actualmente a Medicina é científica, o que a Filosofia não é, e a terapêutica da alma não é feita pelos filósofos... Mas não tenhamos dúvidas de que a saúde condiciona a Filosofia, pois não é possível filosofar, designadamente quando se sofre de doença mental. A infelicidade não é uma doença, mas esta sim pode tornar um ser infeliz e a saúde nunca bastou, só por si, para dar felicidade a alguém.

Claro que, quando tudo na vida profissional ou familiar ou conjugal ou pessoal corre mal, não pode um indivíduo ser feliz. Afirmou Freud que a psicanálise serve para passar dum sofrimento nevrótico a uma infelicidade banal. O nosso colega e escritor Meyer Garção – que ainda conheci – provavelmente acrescentaria “quando tem êxito”, pois a sua definição de psicanálise demonstra total descrença nesta terapêutica: “Tentativa vã realizada num divã”...

Vivemos actualmente numa sociedade cada vez mais medicalizada, em que a Medicina tem que ver com o mundo, com

os outros e com cada um de nós. Talvez Voltaire tenha julgado tocar no essencial quando desabafou: “Decidi ser feliz, porque é bom para a saúde”.

Mas a verdade é que a saúde é que deve estar ao serviço da felicidade, a saúde não é o termo, nem é o todo do nosso percurso na terra. De facto, o caminho é a vida, que constitui um bloco, não havendo vida sem doenças ou sem morte.

A saúde em si não é a felicidade e, como a Medicina não é uma Filosofia, nenhuma medicação pode ocupar o lugar da sagesa.

A Moral apresenta-se como um conjunto de imperativos e de proibições, respondendo a duas perguntas: “Que devo fazer?” e “Como se deve agir?”. A Ética é uma esfera de reflexão filosófica, não imperativa, apenas normativa, que, para além da Moral, se interroga sobre o que dá sentido e valor à existência humana, através de duas questões: “Como viver?” e “O que é uma vida boa?” Em síntese, à Ética compete a reflexão sobre a origem, sentido, natureza e finalidade da acção humana.

Nos nossos dias pergunta-se frequentemente se existem fundamentos naturais da Ética.

É impossível, para a Filosofia, ignorar os desafios que lhe lançam hoje as ciências, em particular a Biologia:

- o Homem não é uma espécie animal, um elemento entre os outros da natureza?

- podemos pensar, pelo contrário, que ele transcende pela sua liberdade o mundo material e se afirma diferente na essência de todos os outros animais?

A Biologia contemporânea convida-nos por vezes a seguir, sob o ponto de vista filosófico, o primeiro sentido, o do materialismo. E, sob a forma da Sociobiologia, pretende encontrar na Genética os motivos dos nossos comportamentos e escolhas morais.

Haverá, pois, fundamentos naturais da Ética?

Não nos parece aceitável uma afirmação dogmática duma igualdade factual dos homens, com a negação de eventuais desigualdades de natureza. A este propósito, note-se que hoje denominamos “números da igualdade” o que para todos nós é, essencialmente, idêntico (46 cromossomas, etc). Mas, se temos “números da igualdade”, também possuímos “números da diferença”, que nos conferem um direito à diferença genómica, que nos atribui uma irrepetível singularidade (J. Rueff). A noção de “doença-singular”, em contraponto à “doença - universal”, já vem de 1963 (Owsei Temkin), correspondendo à distinção entre pessoal e colectivo. Este autor afirmou então que “Não há ciência do individual e a Medicina enferma duma contradição fundamental: a prática lida com o individual, enquanto a teoria abarca o universal”.

É curioso que cerca de um século antes William Osler já se tenha referido a que “É mais importante conhecer que espécie de doente tem uma enfermidade do que saber que tipo de doença tem um indivíduo”. Esta singularidade do doente e do adoecer parecia contraditar o carácter da Medicina como ciência universal.

O desenvolvimento recente das ciências médicas veio esbater a antinomia entre doença universal e doença singular, permitindo até compreender melhor a variabilidade e, ainda uma vez, fazendo recordar Osler, que já verberava a noção de doença universal que não atendesse à singularidade de cada indivíduo.

Em 2005 Barton Childs reforçou a noção de que não há duas doenças iguais nem dois tratamentos sobreponíveis para indivíduos diferentes: “A Genética é a base para a ciência do individual ou, em termos actuais, individualidade”.

Concordamos que “Todos iguais, todos diferentes” é a expressão que traduz que todos os indivíduos, enquanto tal, são iguais (o que define a espécie), não obstante serem diferentes na aparência e na essência (identidade ética singular)

Actualmente reconhece-se que a intersecção da Genética e da Ética é tão ampla quanto a própria vida e tão complexa como a

sua diversidade (M. J. P. Neves). E é mesmo tão importante que justificou um neologismo aglutinando os dois termos: “gene-ética” ou “GenÉtica”. Mas, esta desigualdade nos homens não permite atribuir “a priori” privilégios, porque a dignidade do ser humano é um dado moral e não material.

A noção de liberdade relativa (e culpabilidade também relativa) permite compreender que nós somos responsáveis pelos nossos actos (porque os escolhemos), mas não absolutamente (porque não nos escolhemos). Em verdade, cada um é responsável por aquilo que faz, mas inocente de si. Por isso, a justiça – que julga os actos – não exclui a misericórdia – que perdoa as pessoas.

Há lugar para questionar, em síntese, que relação existe entre o Humanismo e a Bioética?

Que a Moral comum seja expressa pelo ideal de um respeito crescente pelos direitos do Homem parece assente. Mas, recentemente, os progressos das ciências da vida levam-nos a interrogarmo-nos cada vez mais sobre os limites que convém impor, ou não, aos novos poderes do Homem sobre o Homem.

Por outro lado, o século XX, do humanismo, assistiu a genocídios e totalitarismos, a par de preocupação crescente duma extensão internacional dos direitos do Homem.

Como compreender ou julgar estas novas figuras, que são a Bioética e o Humanitário (entendido como um Humanismo apesar dos homens)?

- Representando uma *divinização do humano*, tomada de consciência dum elemento sagrado, sinal de distinção do homem em relação aos outros animais?

- Ou antes tentativas de *tomar em consideração, não o sagrado no homem, mas o simples sofrimento dum ser* que, diferente dos outros, não pertence menos ao reino animal?

O Homem é uma espécie ameaçada, sobretudo pelo próprio Homem. Não é porque o Homem é bom que é preciso defendê-lo, mas sim porque está vivo, porque sofre (e porque é mortal). E cremos que é o sofrimento do Homem ou a sua vocação para a liberdade que fundamenta os seus deveres. Mas, poucos dos nossos contemporâneos se sacrificam por um ideal, antes por um ou vários seres humanos. Sabem concretamente que não são imortais, nem todo poderosos, que não criaram o mundo, que não conhecem o princípio e o fim das coisas e não parece que sejam capazes dum amor desinteressado.

Mas, apesar de tantas limitações, sem dúvida que o Homem é o único animal que sabe não ser Deus!

Temos que reconhecer que o grande elemento ético no “trabalho de viver” é a verdade, se quisermos fazer mais do que uma longa e vã profilaxia no decorrer dos anos. Não há vacina contra o perigo de viver, não pode haver e se houvesse decerto que seria pior do que o mal que se pretendia evitar...

A vida é um caminho e tem que ser percorrido em verdade, em nome de uma certa ideia de Homem (capaz de verdade, uma vez que é espírito) e, também, duma adequada noção de felicidade, pois o objectivo da nossa vida não é apenas não sofrer, mas viver o máximo e o melhor possível – numa palavra, ser feliz. E só há felicidade autêntica numa relação venturosa com a verdade, uma vez que a verdadeira vida é, sem dúvida, a vida verdadeira.

A grande questão do sentido da vida teve ao longo dos tempos respostas diversas: encontrar o seu lugar no mundo, inscrever o seu nome na História, assegurar descendência, servir a glória de Deus... Mas, terá ela ainda sentido num mundo secularizado como o nosso?

Para o materialista a resposta é negativa, mas para o humanista tem que ser afirmativa, inscrevendo-se no coração da humanidade que, pelos valores que defende e pela vida comum a que aspira,

ultrapassa o mundo material. Assim, lutar para se tornar digno duma vida comum realizada surge como um sentido possível da vida e não apenas na vida!

\*\*\*\*\*

Os meus votos finais são de que possa a saúde dar-nos forças a todos, longamente, para apreciar a felicidade, que ela não saberia, só por si, facultar-nos. E que possam aqueles a quem ela falta – e ao lado dos quais nós, médicos, sempre estivemos – encontrar o amor da vida (felicidade ou recordação dela) para lhe perdoar por esta não ser imortal nem invencível.

A vida faz o que pode e tudo o que pode: saúde e doença são apenas duas fases deste esforço de viver, que é a própria vida!

A vida humana integra o sofrimento que tem necessariamente um componente orgânico e um componente existencial. Ambos fazem parte da essência da própria natureza humana. A vida é um caminho que só pode ser percorrido em verdade em nome de uma ideia de Homem, de si próprio e de uma certa noção de felicidade. O objectivo da nossa vida não é apenas o de não sofrer, mas o de viver o máximo e em plenitude. Só há felicidade autêntica numa relação venturosa com a Verdade última e definitiva.

## ALGUMAS QUESTÕES ÉTICAS EM UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO

Alexandre LAUREANO SANTOS

### 1. INTRODUÇÃO

A generalização das unidades de cuidados intensivos (UCI) nos grandes hospitais processou-se após o termo da década de 1960. O modelo foi criado a partir dos centros destinados ao tratamento do enfarte agudo do miocárdio. Os bons êxitos resultaram da convergência de várias linhas de desenvolvimento da medicina. Por um lado, desde 1930 que tinha sido possível demonstrar no animal de experiência que a paragem do coração era potencialmente reversível nos primeiros minutos. A suspensão súbita da actividade cardíaca, motivada na maior parte das circunstâncias por fibrilhação ventricular, derivava da fragmentação e do assincronismo da actividade mecânica e da actividade eléctrica das fibras contrácteis do coração, as quais se tornavam funcionalmente ineficazes. Desencadeada a fibrilhação ventricular era quase sempre espontaneamente irreversível; se não fosse interrompida seguia-se necessariamente a paragem cardíaca, a suspensão da circulação sanguínea, a ausência de perfusão do sistema nervoso central e do próprio coração. Fora, de facto, demonstrado que se nos primeiros momentos da ocorrência da fibrilhação ventricular fosse aplicada uma descarga eléctrica adequada que colocasse na mesma fase do seu ciclo de contracção



a globalidade das fibras miocárdicas, o coração poderia retomar o seu ritmo espontâneo e evitar-se a morte. Sendo a paragem cardíaca por fibrilhação ventricular a principal causa de morte nos casos de enfarte do miocárdio, poderiam salvar-se muitas vidas se os doentes fossem colocados numa enfermaria do hospital onde aquela situação fosse reconhecida nos seus primeiros momentos e se recuperasse o ritmo do coração através da cardioversão eléctrica.

Por outro lado, o conhecimento dos mecanismos homeostáticos de manutenção do meio interno e do equilíbrio hidroelectrolítico, a utilização de dispositivos de ventilação mecânica e de apoio circulatório, e a substituição das funções de alguns órgãos como o rim, permitiram salvar outros doentes que até então não poderiam sobreviver. A profilaxia e o domínio das infecções bacterianas constituiu o pano de fundo onde todas estas intervenções se puderam praticar. A ventilação respiratória mecânica e o conjunto destas técnicas adequadamente articuladas constituem o que se designa por reanimação.

Este modelo de intervenção iniciou-se no tratamento do enfarte do miocárdio com um êxito assinalável visto que a mortalidade hospitalar na fase aguda baixou de um valor superior a 30 % para valores que são actualmente inferiores a 5 %. Além disso, proporcionou um tipo de investigação operacional extremamente profícuo sobre as arritmias cardíacas, o diagnóstico, a profilaxia e a terapêutica das consequências da disfunção ventricular, a terapêutica cirúrgica das alterações anatómicas do coração, a trombólise e a angioplastia precoce no enfarte. Os resultados dos estudos desenvolvidos em todo o mundo foram aplicados quase imediatamente em medidas que permitiram salvar muitas vidas e foram utilizadas praticamente em todos os domínios terapêuticos da medicina e da cirurgia. Existem unidades de tratamento intensivo em quase todos os hospitais que utilizam as técnicas de reanimação em Cirurgia, Medicina, Traumatologia, Unidades de Queimados, Neurologia, Pneumologia, Infeciologia,

Gastrenterologia, Hematologia, Neonatologia, Pediatria, Medicina da Urgência e noutras áreas dos cuidados de saúde.

As UCI são constituídas por equipas de médicos, enfermeiros e técnicos treinados em reanimação circulatória, respiratória e metabólica, instaladas em meio hospitalar com o equipamento adequado com o objectivo de avaliar continuamente as funções dos órgãos vitais e reconhecer precocemente os seus desvios, de tal modo que estes possam ser prontamente corrigidos antes de haver alterações irreversíveis e incompatíveis com a vida. As UCI apenas poderão existir nos hospitais onde se mantenham várias destas equipas multidisciplinares, preparadas e treinadas, exista o ambiente tecnológico adequado e o apoio permanente de laboratórios que facultem respostas imediatas às solicitações múltiplas impostas por situações graves e rapidamente evolutivas.

As unidades de tratamento intensivo consomem por cada leito hospitalar muito mais meios de intervenção do que a generalidade dos serviços. Sendo sempre limitados os recursos colocam-se questões na sua atribuição no contexto do funcionamento global dos hospitais. As questões económicas nos domínios dos cuidados de saúde, sendo por sua natureza de ordem técnica e económica, têm necessariamente um conteúdo ético. Sendo restrito o número de camas das UCI, a sua ocupação exige um certo planeamento, ponderação e a existência de protocolos de admissão. A restrição da utilização dos meios de intervenção potencialmente benéficos apenas por razões financeiras num determinado doente não pode aceitar-se acriticamente, mas é indiscutível que todas as questões da saúde devem ser incluídas e avaliadas no contexto de uma economia mais global.

As UCI são locais onde frequentemente se procede à avaliação de métodos novos de diagnóstico e terapêutica, se pratica o ensaio de certos fármacos e à introdução novos equipamentos. Estas actividades devem subordinar-se, na generalidade, aos melhores protocolos da prática clínica e da investigação biomédica, sob estrito cumprimento

dos critérios definidos pelas comissões de ética, nomeadamente no que se refere às regras do esclarecimento informado e livre. Quando, numa determinada instância, os interesses do doente objectivamente colidam ou possam entrar em conflito com o interesse colectivo, nomeadamente nos domínios de ordem científica, então claramente a saúde, o bem-estar e os interesses das pessoas doentes ou ameaçada pela doença prevalece sobre o conhecimento científico e sobre todos os interesses da sociedade.

## 2. O DOENTE – O SUJEITO DE TODA A ACTIVIDADE CLÍNICA

Os doentes que são admitidos nas UCI encontram-se muito frequentemente em situações instáveis. Muitos foram surpreendidos na sua actividade comum por uma doença que não tinha manifestações apenas umas horas antes da sua ocorrência. Muitas destas situações são rapidamente evolutivas no sentido da recuperação completa e da progressiva reintegração dos doentes nas suas actividades diárias. Outras são as situações dos doentes em que a morte ocorre nas unidades. Outras situações existem, ainda, nas quais os doentes admitidos se mantêm internados por muitos dias, semanas ou meses, dependendo a sua sobrevivência de equipas múltiplas, de fármacos dispendiosos e de dispositivos de apoio às funções vitais que são incómodos e causam sofrimento intenso. Nestas circunstâncias de tratamento arrastado os doentes serão provavelmente mais bem tratados se forem transferidos para outras unidades não subordinadas aos critérios do intensivismo, nas quais as equipas especializadas se ocuparão de certos problemas mais específicos do fôro cardiológico, respiratório, nefrológico, hematológico, neurológico, psicológico ou outro, onde outras equipas, que porventura incluirão fisiatras, fisioterapeutas e psicólogos, os poderão acompanhar na sua possível e geralmente lenta recuperação.

As questões fundamentais de ética nas unidades de tratamento intensivo podem agrupar-se nos seguintes domínios: a) as dificuldades na concretização dos direitos dos doentes; b) a organização interna das equipas e as tomadas de decisão nas situações críticas; c) o estabelecimento de vias de comunicação com os doentes e com as pessoas que os rodeiam; d) o reconhecimento dos desejos e dos valores dos doentes de acordo com a sua situação e com as probabilidades de evolução da doença. Algumas destas questões estão incluídas nas normas do direito positivo. As propostas éticas, todavia, são anteriores e não se sobrepõem aos imperativos da lei.

a) **A primeira questão** que se pode levantar relativamente aos direitos dos doentes é a da não discriminação no que se refere ao acesso à admissão nas UCI. Demonstrado como está que estas melhoram a evolução de certas doenças cujo início do tratamento é imperativo e tem implicações prognósticas, a organização dos cuidados de saúde impõe que as UCI estejam localizadas de tal modo que possam beneficiar o conjunto da população em condições de razoável equidade. Por outro lado, o acesso às UCI em cada hospital deverá seguir um protocolo pelo qual os doentes sejam admitidos segundo orientações definidas, sem discriminação no que se refira, nomeadamente, a critérios de natureza étnica, económica, de sexo e de idade.

Pode haver dificuldades acrescidas nas condições de recolha do consentimento informado dos doentes nas UCI, nomeadamente pela urgência da intervenção a qual poderá permitir apenas o consentimento presumido. No entanto, os doentes mantêm incólume o direito à participação nas decisões que às suas pessoas e à sua doença se refiram, sobretudo nas questões fundamentais dos objectivos da intervenção terapêutica e das medidas que impliquem riscos ou sofrimentos particulares. O consentimento informado envolve toda a informação necessária para chegar a uma decisão sobre o assentimento ou sobre a recusa de uma certa intervenção. Os doentes têm direito a uma ideia correcta sobre o diagnóstico, o

prognóstico, os meios de intervenção, a probabilidade da ocorrência de efeitos adversos, a existência de eventuais meios alternativos, o direito a ter presente o seu médico assistente, o direito de ouvir outras opiniões, o direito a não ser informados se assim claramente o expressarem, e, finalmente, o direito a recusar as intervenções propostas. Os doentes têm ainda o direito de conhecer a identificação e a experiência profissional das pessoas e das equipas que se ocupam do tratamento da sua doença.

**b) As UCI são constituídas por equipas treinadas**, com protocolos de diagnóstico e de intervenção actualizados, com avaliações periódicas da sua actuação e com uma hierarquia técnica e administrativa definida, clara e bem estruturada. Deverá estar continuamente acessível a presença de um médico treinado em reanimação na equipa que tem a responsabilidade das decisões imediatas. Deverá existir uma avaliação diária da actividade na qual intervém toda a equipa com a responsabilidade da condução do tratamento dos doentes. Se nas situações limite não houver unanimidade nas decisões sobre o objectivo ou sobre os meios a utilizar, deverá existir uma equipa mais vasta que possa participar numa discussão alargada.

Sublinhe-se que a fundamental fonte de autoridade sobre as intervenções diagnósticas e terapêuticas reside no doente que manifesta a sua vontade em ser tratado naquela unidade e mantém o direito explícito de continuar ou de interromper a seu pedido os tratamentos e o internamento. Os benefícios e os riscos dos métodos a que o doente se sujeita devem ser correcta e tranquilamente expressos. Por outro lado, o doente e os que o rodeiam, ainda que livremente devam exprimir os seus desejos e os seus interesses, não podem exigir uma determinada abordagem diagnóstica ou terapêutica que não tenha o acordo explícito da equipa de intervenção. Nas circunstâncias de urgência não é possível obter-se um consentimento informado para muitas decisões diagnósticas e terapêuticas. Admite-

-se então que existe um consentimento presumido, implícito na presença do doente na unidade de tratamento intensivo, o que, evidentemente, não atenua e faz realçar a responsabilidade ética de todos os membros da equipa de intervenção.

**c) O estabelecimento de uma comunicação adequada e eficaz** exige tempo, treino, planeamento e um ambiente adequado. É preciso que toda a equipa tenha uma linguagem simples, objectiva, verdadeira e sem contradições. Para tal é necessário que exista coordenação. Recomenda-se a existência de regras elementares escritas, sem imposições rígidas e facilmente acessíveis aos doentes e aos que os rodeiam sobre os objectivos e o funcionamento da unidade, onde constem os nomes e as imagens das pessoas que constituem a equipa de intervenção. Pode existir um primeiro documento distribuído na altura da admissão com instruções muito simples, nomeadamente sobre os horários, as condições de visita e o modo de acesso a informações sobre a situação clínica dos doentes. Pode haver outros documentos e material audiovisual que complementem a informação inicial sobre a instituição e sobre as situações clínicas mais comuns internadas na unidade; podem mesmo abordar as primeiras fases da reabilitação e da prevenção secundária. Estas medidas tornam mais fácil o contacto entre as pessoas e sobretudo demonstram o desejo de estabelecer uma relação aberta e franca entre a instituição, os doentes e as suas famílias.

**d) A permanência numa UTI pode constituir uma experiência extremamente penosa** para os doentes, particularmente nas doenças arrastadas e com mau prognóstico. Deve haver acesso a apoio psicológico continuado, ao apoio da família, ao apoio da comunidade e à assistência espiritual de acordo com a expressão dos desejos manifestados. As situações mais difíceis referem-se aos doentes dependentes de apoio continuado às funções vitais, nomeadamente no que se refere à ventilação artificial, ao apoio cardiovascular ou

nefrológico. Os médicos e os enfermeiros devem conhecer os pontos de vista das pessoas doentes e das suas famílias. Alguns doentes transmitem claramente os seus pontos de vista sobre a situação; outros não conseguem exprimir-se pelas limitações sensoriais ou pela própria presença dos equipamentos.

### **3. OS DOENTES EM SITUAÇÃO TERMINAL. PARTICIPAÇÃO DOS DOENTES NAS DECISÕES QUE LHES DIZEM RESPEITO**

O direito dos doentes a participar nas decisões no que se refere ao diagnóstico e ao tratamento da sua doença é inquestionável. Resulta directamente do princípio da autonomia e inclui a recusa de todo e qualquer tratamento impondo um limite definitivo às decisões de tratar e não tratar. Este direito deve estar sempre presente na relação dos doentes com todas as instâncias dos serviços prestadores de cuidados de saúde. Exerce-se em condições ideais quando o diagnóstico e a proposta de intervenção terapêutica se encontram claramente definidos e o doente está informado e consciente da sua situação. Nas circunstâncias reais muitas vezes não é possível reunir as condições ideais de esclarecimento do doente pela existência de limitações impostas pela própria doença, pela privação sensorial, pela existência de dor, pelas acções acessórias de fármacos ou por numerosas circunstâncias que reduzem a capacidade de julgamento do doente. Nestes casos as decisões devem ser tomadas ainda seguindo protocolos terapêuticos previamente delineados tendo em consideração os desejos manifestados pelo doente e a eficácia previsível da intervenção.

Os doentes em situação crítica têm uma capacidade de comunicação e uma capacidade de decisão que tendem a ser cada vez mais limitadas. Pode tornar-se decisivo conhecer a vontade do doente por outros meios que não incluam a comunicação directa. As “*disposições antecipadas da vontade*” podem constituir um

instrumento precioso visto que contêm a vontade expressa do doente sobre o modo como desejaria ser tratado em situações-limite e eventualmente irreversíveis. Poderão conter disposições nas quais sejam recusadas as medidas activas de reanimação ou impor limites ou restrições à sua aplicação. Uma alternativa às disposições antecipadas será a designação expressa de uma pessoa muito próxima do doente por ele escolhida para manifestar a sua vontade. Os meios indirectos da manifestação da vontade dos doentes constituem instrumentos que, podendo ter um contributo positivo, são necessariamente imperfeitos. A vontade do doente expressa antecipadamente contém em regra apenas normas muito gerais de actuação que não podem referir-se todas as possibilidades de ocorrência e às alternativas possíveis de intervenção. Os documentos podem não ser acessíveis quando são necessários ou ser antiquados ou ainda desadaptar-se completamente à situação.

Sendo determinante a vontade expressa dos doentes para o início e o seguimento das medidas terapêuticas, o médico e a equipa têm sempre o papel decisivo no estabelecimento do diagnóstico, no prognóstico e nas propostas de intervenção. Os enfermeiros têm um papel nuclear na administração e no controlo da terapêutica. Têm também um papel decisivo na manutenção de uma boa relação entre o doente, a sua família e a equipa, nomeadamente no sentido de não haver distorções de informação e na criação de um clima adequado. A preparação e o treino da equipa nas situações limite é muito importante. Nem sempre os médicos aceitam bem a ideia de que para os doentes algumas vezes será melhor “*fazer menos do que fazer mais*”. As decisões de “*não tomar algumas medidas*” são, em regra, mais difíceis do que a alternativa de prosseguir com a utilização da complexa tecnologia médica que é possível utilizar nas situações limite.

A incerteza dos diagnósticos, a variabilidade própria dos fenómenos biológicos e a natureza precária dos prognósticos criam dificuldades suplementares no sentido da avaliação do tempo de

vida e da qualidade de vida a que se sujeitam os portadores de uma doença grave quando são submetidos ou quando não são submetidos a um determinado protocolo terapêutico. Todavia, a insistência em determinadas medidas extraordinárias para além dos limites razoáveis constitui um erro que deve ser evitado. O facto de ter havido uma referência a um caso de um doente que sobreviveu a circunstâncias semelhantes não constitui um motivo para se prosseguirem medidas para além das expectativas razoáveis. O comportamento é influenciado pelos valores pessoais e também por motivações pré-conscientes. Todos os membros da equipa devem poder exprimir os seus códigos éticos na sua actividade pessoal e profissional. Devem ainda fazer um esforço para não ser dominados por conflitos de consciência, por expectativas irrealistas, por interesses estabelecidos, pela medicina defensiva e pelos aspectos litigiosos dos problemas. A ocorrência da morte do doente não pode ser encarada pela equipa como uma fonte de frustração na sua actividade profissional e pessoal.

No termo das doenças irreversíveis não deve haver lugar para a reanimação cardíaca e respiratória. O único limite será a incerteza do diagnóstico, situação que necessariamente terá de impor o início imediato e continuado de todas as medidas de reanimação. Quando é possível conhecer as situações com antecipação há vantagem em que toda a equipa conheça a existência de instruções de não reanimação as quais serão decididas em conjunto, por consenso, anotando as decisões de “*não reanimar*” no processo clínico acrescentando os seus fundamentos.

**As instruções de não reanimar** numa situação de paragem cardíaca ou respiratória são justificadas nas seguintes circunstâncias:

1 - Quando é manifestamente previsível que a reanimação não é possível ou quando o doente imediatamente a seguir repetirá o processo que conduziu à paragem cardíaca;

2 - Quando a paragem for o termo de uma doença bem documentada de evolução necessariamente fatal;

3 - Quando as condições previsíveis da vida após a reanimação forem tais que não serão aceites pelo doente.

Quando há cessação definitiva de todas as funções do tronco cerebral avaliadas segundo os critérios generalizadamente aceites, o doente morreu e não há lugar para se prosseguirem intervenções terapêuticas, a não ser no sentido da eventual conservação de órgãos.

#### **4. OS DOENTES COM GRAVES DETERIORAÇÃO DA CONSCIÊNCIA**

Até à década de 1970 os doentes vítimas de uma afecção aguda, grave e extensa do sistema nervoso central raramente prolongavam a sua vida por mais de duas ou três semanas permanecendo até à ocorrência da morte em estado de coma. Posteriormente, por via dos progressos tecnológicos verificou-se que os doentes que sobreviviam por mais tempo passavam muitas vezes de uma situação de coma para uma outra situação clínica. Nesses doentes não havia evidência da existência de consciência mas neles estavam presentes os reflexos primitivos (respiratórios, da deglutição, da tosse, dos olhos e ciclos de vigília e de sono). Esta síndrome, descrita a partir de 1972, teve múltiplas designações sendo actualmente conhecida por *estado vegetativo persistente* (EVP).

Nas situações de estado vegetativo persistente existem destruições graves e irreversíveis do neocortex cerebral persistindo outras funções do sistema nervoso central. Os doentes recuperam do estado de coma profundo, têm respiração espontânea, têm ciclos alternados de sono e de vigília, podem ter resposta a estímulos dolorosos, podem estar presentes funções vegetativas e reflexos primitivos que dependem do tronco e não dependem da regulação cortical. Há incontinência dos esfíncteres e não existe evidência cognitiva de qualquer natureza, como não têm capacidade de conhecer o seu sofrimento.

A situação de EVP não pode ser diagnosticada de imediato, sendo geralmente necessário um período de observação de um a vários meses. A vida destes doentes pode ser prolongada por muito tempo (dezenas de anos) desde que lhes sejam ministradas a hidratação e a alimentação e existam os cuidados de enfermagem adequados. Existe alguma possibilidade de recuperação em 1 a 2 % dos casos a qual depende da etiologia. Se a causa for traumática ou o resultado de reanimação cardíaca por doença súbita a manutenção do estado vegetativo persistente por mais de um mês torna altamente improvável a recuperação. Nas doenças degenerativas e progressivas a possibilidade de recuperação é nula. A orientação da terapêutica subordina-se, portanto, à causa inicial. Os doentes nesta situação encontram-se completamente dependentes dos cuidados que lhes são prestados. Quando a situação neurológica se confirma, o que deve ser feito cuidadosamente, deve tentar conhecer-se circunstanciadamente os desejos manifestados antecipadamente. Se não existem indicações claras para o prosseguimento dos cuidados deve ter-se em conta o melhor interesse do doente. A situação deve ser claramente discutida entre toda a equipa de intervenção e os familiares. **A hidratação e a alimentação pelas vias normais deve ser sempre mantida.**

A partir dos anos 90 surgiram informações sobre o estado de doentes com graves deteriorações do seu estado de consciência que, contudo, superavam os critérios já estabelecidos para o EVP, porque havia manifestações, residuais mas inequívocas, de actividade cognitiva. Foram então constituídos vários grupos de estudo multidisciplinares com o objectivo de caracterizar os doentes deste grupo. Em 1997 o Grupo de Trabalho de Aspen designou esta situação como “*estado de consciência mínima*” (ECM) (Giacino). O estado de consciência mínima é uma situação neurológica na qual existe um compromisso grave do estado de consciência, no qual, no entanto, se podem observar manifestações da consciência de si e do ambiente, e da sua interacção recíproca. A caracterização das diferenças entre os

doentes em EVP e em ECM pode ser muito difícil. Nalguns centros de reabilitação dos EUA e do Canadá foram encontrados sinais de algum tipo de resposta consciente em 43 % dos doentes rotulados de EVP (doentes com alterações visuais graves ou com lesões motoras extensas) (Childs, Andrews).

Os doentes com demências graves e progressivas e com a consciência gravemente comprometida chegam a esta situação no curso de um longo processo de doença. A vontade expressa dos doentes e da família é muito importante na orientação dos cuidados a prestar. No estado final quando existe uma doença intercorrente é legítimo não efectuar todas as medidas terapêuticas e ajustar os cuidados para evitar o prolongamento desnecessário, fútil e inconveniente da situação e o sofrimento sem esperança.

Se os doentes estão conscientes da presença de uma doença progressiva e mortal toda a equipa terapêutica deve ser particularmente sensível ao seu sofrimento e às suas necessidades fundamentais, nomeadamente aos aspectos da qualidade da informação a prestar e a outros aspectos afectivos e cognitivos que se referem ao enquadramento do doente. Por vezes a terapêutica da dor pode exigir analgésicos corticais e intervenções por equipas especializadas que devem ser utilizadas sempre que tal for possível. O nível de cuidados deverá ser planeado de acordo com o doente e a sua família. Em muitos casos os doentes rejeitam explicitamente formas agressivas de intervenção; a equipa não deverá abster-se de manifestar sempre a sua opinião.

Quando os cuidados a prestar não exigirem o internamento em hospitais do nível terciário sem quebra da eficácia da intervenção médica e da dignidade do doente, de acordo com todos os intervenientes, poderá haver transferência para um local onde seja possível um melhor enquadramento familiar do doente, no seu domicílio, num hospital local ou numa unidade de cuidados paliativos ou de cuidados continuados. Estas unidades deveriam generalizar-se nas comunidades locais. Nalguns hospitais é possível

manter equipas organizadas, com médicos, enfermeiros, assistentes sociais e pessoal auxiliar que prolongam o cuidados hospitalares no domicílio e mantêm a continuidade do apoio especializado em conjugação com a actuação dos médicos assistentes.

## 5. CONCLUSÃO

Costumo resumir numa sigla um conjunto de regras simples na abordagem dos doentes em situação terminal. Estas regras constituem uma simplificação grosseira e porventura ilegítima dos conhecimentos e das aptidões necessárias na abordagem destes doentes e das suas famílias. Refiro-me a esta sigla, quase no termo da minha intervenção, apenas porque pode ajudar-nos a organizar o nosso pensamento sobre as intervenções nos doentes com piores prognósticos. A sigla forma a palavra **HELP**.

**H** – Representa a formação **H**umanística necessária a todas as pessoas que tratam destes doentes: uma formação multicultural, científica, espiritual e religiosa, que permita uma comunicação fácil e verdadeira com os doentes e com os que os rodeiam, qualquer que seja o seu modo de vida e a sua maneira de viver.

**E** – Da palavra **E**star. Estar com os doentes, estar presente na situação real, tendo os conhecimentos e tomando as atitudes correctas, dominando a tecnologia e os instrumentos adequados, tendo as equipas preparadas e entre si participativas e comunicantes. Estar também como pessoa com os doentes, acompanhando os seus semelhantes e compreendendo as situações mais difíceis e o sofrimento que lhes é inerente.

**L** – Da palavra **L**igação. Ligação que significa relação com verdade, humanidade, serenidade, sabendo aproveitar as oportunidades para poder transmitir as notícias e as informações de acordo com a situação e com a cultura dos doentes, tendo o benefício do doente como o primeiro objectivo, sabendo pedir a ajuda necessária a outras equipas e a outros técnicos quando as circunstâncias o exigirem.

**P** - Formação em cuidados **P**aliativos que devem ser incluídos nos curricula da pré e da pós-graduação. Para alguns doentes o objectivo fundamental da intervenção da equipa terapêutica é aliviar o sofrimento e acompanhar as famílias. A formação em cuidados paliativos é absolutamente fundamental no exercício da Medicina e da Enfermagem em todos os níveis de cuidados de saúde.

O termo da vida é um fenómeno natural. Tanto como o seu início. O homem é, no entanto, o único ser vivo que tem consciência da sua finitude. E deve também ter consciência dos limites das suas intervenções. No exercício actual da medicina porventura as decisões mais difíceis, mais controversas e mais carregadas de conteúdo emocional referir-se-ão às situações nas quais se opta por não utilizar todas as medidas terapêuticas disponíveis. Será afinal e uma vez mais a utilização adequada da Medicina. As tecnologias biomédicas actualmente existentes aplicadas nas situações limite exigem um suplemento de formação humana, de coordenação da equipa terapêutica e de capacidade de comunicação que constituem os elementos fundamentais na organização do apoio aos doentes e às suas famílias.

## BIBLIOGRAFIA

1 - Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. Pode ver-se em <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/164.htm>.

2 - Código Deontológico dos Médicos. Pode ver-se em <https://www.ordendosmedicos.pt>.

3 - Faculdade de Medicina de Lisboa. Direito à Dignidade Humana e Código Deontológico em Medicina. Cadernos da FML, nº 9. Lisboa, 2001. (Neste conjunto de textos estão publicados os principais códigos de Bioética).

4 - Optimum care for hopelessly ill patients: a report of the Clinical Care Comitee of the Massachussets General Hospital. N Eng J Med 1976; 295: 362-4.

5 - Ruark J E, Raffin T A. Stanford University Medical Center Comittee on Ethics: Initiating and withdrawing life support: Principles and practices in adult medicine. *N Eng J Med* 1988;318:25-30.

6 - American College of Chest Physicians / Society of Critical Care Medicine Consensus Panel: Ethical and moral guidelines for the initiation, continuation, and withdrawl of intensive care. *Chest* 1990;97:949-58.

7 - Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association: Decisions near the end of life. *JAMA* 1992;267:2229-33.

8 - Wanzer S W, Adelstein S J, Cranford R E et al. The physician's responsibility toward hopelessly ill patients. *N Eng J Med* 1984;310:955-9.

9 - Emanuel J, Emanuel L. The economics of dying; the illusion of cost savings at the end of life. *N Eng J Med* 1994; 330: 540-4.

10 - Sulmasy D P. Managed care and managed death. *Arch Intern Med* 1995;155:133-6.

11 - Levinsky N G. Age as a criterion for rationing health care. *N Eng J Med* 1990;322: 1813-5.

12 - Waisel D B, Truog R D: The cardiopulmonar resuscitation-not-indicated order: Futility revisited. *Ann Intern Med* 1995;122(4):304-8.

13 - Basta L. High technology near the end of life: setting limits. *J. Amer Col Cardiol* 1996; 28:1623-30.

14 - Koch, Kathryn A. (Guest Editor). Carlson, Richard W e Geheb Michael A. (Edit). *Critical Care Clinics. Medical Ethics.* W. B. Saunders Company. Philadelphia. 1996 (Jan); Vol 12, number 1.

15 - Jennet B. Persistent vegetative state after brain damage: a syndrome in search of name. *Lancet* 1972;1:734-7.

16 - Jennet B. The vegetative state: medical facts, ethical and legal dilemmas. *N Eng J Med.* 2002; 347:1386-7.

17 - The Multi-Society Task Force on PVC. Medical Aspects of the Persistent Vegetative State. *N Eng J Med* 1994;330:1499-508.

18 - Faria R. Estado vegetativo persistente e reanimação. In: *Bioética.* Archer L, Biscaia J e Osswald W, edits. Editorial Verbo. 1996, pág 368-72.

19 - Position of the American Academy of Neurology on certain aspects of the care and management of the patients in the persistent vegetative state. *Neurology* 1989;39:125-6.

20 - Practice parameters assessment and management of patients in the persistent vegetative state. *Neurology* 1995;45:1015-8.

21 - Childs N. Accuracy of diagnosis of persistent vegetative state. *Neurology* 1993;43:24 1465-7.

22 - Wad Erick T. The permanent vegetative state : practical guidance on diagnosis and management. *BMJ* 1999;319:841-4.

23 - Giacino JT. The minimally conscious state: Definition and diagnostic criteria. *Neurology* 2002;58:506-7.

12 - Giacino JT. The minimally conscious state: Definition and diagnostic criteria. *Neurology* 2002; 59; 1973-4.

26 - Bernat J. Questions remaining about the minimally conscious state. *Neurology* 2002; 58: 337-8.

28 - Phipps E. Medical decisions-making with persons who are minimally conscious. *Neurology* 1999; 78: 77-82.

23 - Andrews K. Misdiagnosis of the vegetative state: retrospective study in a rehabilitation unit. *BMJ* 1996; 313: 13-6.

25 - Kampfl A, Schmutzhard E. Prediction of recovery from post-traumatic vegetative state with cerebral magnetic resonance. *Lancet* 1998; 351: 1763-7.

27 - Albrecht E. Late improvement after post traumatic vegetative persistent state. *N Eng J Med* 1996; 334: 1201-2.



## OS VELHOS DO RESTELO, OS JÓVENS TURCOS E A EUTANÁSIA

José CARDOSO DA SILVA\*  
Walter OSSWALD

A questão da eutanásia é tão velha como a própria reflexão ética sobre o agir humano e representa, consabidamente, um problema **persistente** na Bioética, para recorrer a uma designação proposta por Volnei Garrafa. De tempos a tempos, porém, sofre uma agudização, tomando sobretudo a forma mediática dos relatos emocionalmente tingidos de casos limite (dois na Espanha, um na França, um no Reino Unido) que obrigariam a uma renovação revolucionária do enquadramento legal da prática da eutanásia. Assim, neste contexto, surge uma proposta de consulta popular, sob forma de referendo, destinada a averiguar do sentido da opinião pública quanto à liceidade da morte provocada deliberadamente pelo médico, dando satisfação a um pedido insistente do seu doente, ao menos em situações ditas excepcionais. Perante esta a nosso ver insólita proposição, entendemos dever tomar uma clara e breve posição:

**1.** A vida humana é um valor constitucionalmente protegido: a lei fundamental afirma a sua inviolabilidade. Por isso, matar, seja em que condições for, constitui um grave atentado, sempre punível.

\* Médico oncologista (Porto). Texto publicado pela primeira vez em «Notícias Médicas» e reproduzido em vários locais.

**2.** O símile com o abortamento provocado não colhe: a prática deste não foi considerada inconstitucional, por não se tratar, no entendimento maioritário dos membros do Tribunal Constitucional, de uma vida humana plenamente realizada (a não concordância com esta interpretação, que partilhamos com tantos outros, não põe em causa a validade da decisão do Tribunal).

**3.** A experiência dos países (Holanda e Bélgica) e do estado de Orégão, onde a eutanásia e/ou o suicídio assistido são admitidos pela lei, é abundante e prova que a adopção de regras que deveriam garantir a excepcionalidade da medida eutanasiante não evitou, em muitos casos, que fossem mortos indivíduos incapazes ou comatosos, e também crianças, sem pedido expresso nem consentimento e com base na solicitação apresentada por familiares ou tutores (ou até instituições de acolhimento).

**4.** Essa mesma experiência provou que os motivos invocados para aplicação da eutanásia só muito excepcionalmente diziam respeito a situações dolorosas, predominando largamente os de cariz psicológico e social (cansaço de viver, solidão, falta de suporte emocional, desejo de não sobrecarregar os familiares, etc.). Ora, todas estas situações podem e devem ser corrigidas através da intervenção médica ou social.

**5.** De acordo com estes dados objectivos está a larga experiência clínica de um de nós (J.C.S.) que, em milhares de casos de doença oncológica com desfecho fatal, só em situações raríssimas foi confrontado com pedido de eutanásia; sempre foi possível dissuadir o(a) doente, discutindo com ele(a) a situação, com respeito e compreensão, e traçando estratégias que, adoptadas, lhes permitiram percorrer com serenidade a última etapa da vida.

6. As dores intoleráveis, causadas por exemplo por situações neuropáticas de origem tumoral ou outra, são hoje tratáveis por terapias farmacológicas ou cirúrgicas e perfeitamente manejáveis pelas Unidades de Dor e pelos já numerosos médicos com particular competência nesta área fulcral, pelo que perde relevância a alegada existência de situações dolorosas intratáveis.

7. A classe médica, no seu conjunto, sempre recusou ser executora de pedidos de eutanásia, como se consigna no Juramento de Hipócrates, farol da deontologia médica há mais de 1500 anos, e no actual Código Deontológico, recentemente aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos.

8. Os nossos doentes terminais têm direito a uma morte digna, medicamente assistida; os cuidados paliativos, que urge desenvolver e alargar a todo o país, facultando acesso a todos os que deles necessitem, constituem uma solução para os raros casos de pedido de eutanásia e a sua implementação constitui um imperativo ético e serviço público ao bem comum.

Por todas estas razões, concluímos que não há necessidade ética de tornar lícita a eutanásia, nem de proceder a um referendo, mas antes de proceder à urgente implementação de uma rede de cuidados paliativos capaz de enfrentar os problemas de quem sofre, na fase final de uma vida. Esta é a morte assistida a que todos temos direito: assistida por médicos e outros profissionais de saúde e, onde for possível, por familiares, amigos, ministros da religião professada, pessoas capazes de compaixão e solicitude.

Estas posições, que convictamente defendemos, classificam-nos, aos olhos de alguns, como velhos do Restelo, que fazem todos os esforços para que nada mude; para outros seremos talvez jovens turcos, (nas ideias, não na idade) que tudo querem mudar

(no tratamento da dor, no relevo atribuído aos cuidados paliativos, na compreensão do estado terminal pelos profissionais de saúde). Não importa, nem estamos dispostos a entrar em polémicas pouco produtivas e eivadas de(des) considerações pessoais; preferimos depor nesta causa nobre, com serenidade e convicção: a eutanásia não serve os interesses de ninguém.■

## A MORTE CEREBRAL

Roberto MATTEI\*

Todos podem concordar com a definição, pela negativa, da morte como "fim da vida". Mas o que é a vida? A biologia dá a classificação de vivo a um organismo que tem, em si mesmo, um princípio unitário e integrador que coordena as suas partes e dirige a sua actividade. Os organismos vivos são, tradicionalmente, classificados em vegetais, animais e humanos. A vida da planta, do animal e do homem, embora de natureza diferente, pressupõem sempre um sistema integrado, animado de um princípio activo e unificador. A morte do indivíduo vivo, no plano biológico, é o momento em que o princípio vital, que lhe é próprio, cessa as suas funções. Prescindamos do facto de, para o ser humano, esse princípio vital, definido como alma, ser de natureza espiritual e incorruptível. Fiquemos pelo conceito, unanimemente admitido, que o homem pode considerar-se clinicamente morto, quando o princípio que o vivifica se apagou e o organismo, privado do seu centro ordenador, entra num processo de dissolução, que levará à progressiva decomposição do corpo.

Pois bem, a ciência até agora não pôde demonstrar que o princípio vital do organismo humano resida nalgum órgão do corpo. O sistema

---

\* Professor na Universidade de Cassino. Texto publicado primeiro em "L'Osservatore Romano" (2008) e reproduzido em diferentes locais, de entre os quais o jornal «A Ordem» (16 de Outubro, 2008). Pelo seu interesse e actualidade é agora publicado em «Acção Médica».

integrador do corpo considerado com um "todo", não se pode de facto localizar num órgão apenas, por importante que seja, como o coração e o encéfalo. As actividades cerebrais e cardíacas pressupõem a vida, mas não se encontra propriamente nelas a causa da vida. Não se deve confundir as actividades com o seu princípio. A vida é algo que não se pode agarrar, que transcende cada um dos órgãos materiais do ser animado e que não pode ser medida materialmente, muito menos criada: é um mistério da natureza, sobre o qual é justo que a ciência investigue, mas de que esta não é dona.

Quando a ciência pretende criar ou manipular a vida, ela mesma se torna filosofia e religião, resvalando no "cientismo".

O volume *Finis Vitae. A morte cerebral é ainda vida?*, publicado em co-edição pelo Conselho Nacional da Investigação e pela Rubbettino (Soveria Mannelli 2008), com o contributo de dezoito estudiosos internacionais, demonstra estes conceitos em cerca de quinhentas páginas. Não só não se pode aceitar o critério neurológico que faz referência à "morte cortical", porque nela mantém-se íntegra parte do encéfalo e permanece activa a capacidade de regulação central das funções homeostáticas e vegetativas; não só não se pode aceitar o critério que faz referência à morte do tronco-encéfalo, porque não está demonstrado que as estruturas acima do tronco perderam a possibilidade de funcionar se estimuladas de outra forma; mas nem sequer se pode aceitar o critério da chamada "morte cerebral", entendida como cessação permanente de todas as funções do encéfalo (cérebro, cerebelo e tronco cerebral), com a consequência de um estado de coma irreversível. O próprio prof. Carlos Alberto De Fanti, o neurólogo que quis desligar a tomada a Liliana Englaro e que é autor de um livro dedicado a esse tema (Soglie, Bollati Boringhieri, Torino 2007), admitiu que a morte cerebral pode ser talvez definida como "ponto de não retorno", mas "não coincide com a morte do organismo como um todo (que só se dá depois da paragem cardio-circulatório)" ("L'Unità, 3 de Setembro de 2008). É evidente como o "ponto de não retorno", suposto que

realmente o seja, é uma situação de gravíssima limitação, mas não é a morte do indivíduo.

A irreversibilidade da perda das funções cerebrais, confirmada pelo "encefalograma raso", não prova a morte do indivíduo. A perda total da unitariedade do organismo, entendida como capacidade de integrar e coordenar o conjunto das suas funções, não depende, de facto, do encéfalo e nem mesmo do coração. O verificar-se a paragem da respiração e das pulsações do coração não significa que no coração ou nos pulmões esteja a fonte da vida. Se a tradição jurídica e médica, não só ocidental, sempre considerou que a morte deveria ser confirmada com a cessação das actividades cardio-circulatórias, é porque a experiência demonstra que após a paragem dessas actividades, algumas horas mais tarde, dá-se o 'rigor mortis' e portanto o início da desagregação do corpo. Isso não se acontece de modo nenhum depois da cessação das actividades cerebrais. Hoje, a ciência consegue que as mulheres com encefalograma raso possam terminar a gravidez, dando à luz crianças sãs. Um indivíduo em estado de "coma irreversível" pode ser conservado em vida com a ajuda de meios artificiais; já um cadáver nunca pode ser reanimado nem mesmo ligando-o a aparelhos sofisticados.

Há ainda algumas considerações que acrescentar. O director do Centro Nacional Transplantes, Alexandre Nanni Cosata, declarou que os critérios de Harvard "nunca foram debatidos pela comunidade científica" ("La Republica", 3 de Setembro de 2008). Mesmo se fosse verdade, o que não é, é fácil responder que o que caracteriza a ciência é precisamente a sua capacidade de pôr sempre em discussão os resultados adquiridos. Qualquer epistemólogo sabe que a finalidade da ciência não é produzir certezas, mas, pelo contrário, reduzir as incertezas. Outros, como o prof. Francisco D'Agostino, presidente honorário do Comité Nacional de Bioética, defendem que, no plano científico, a tese contrária à morte cerebral "é amplamente minoritária" ("II Gionale", 3 de Setembro de 2008). O prof. D'Agostinho escreveu lindas páginas em defesa do direito

natural e não pode ignorar que o critério da maioria pode ter relevância nos planos político e social, não certamente quando se trata de verdades filosóficas ou científicas. Intervindo no debate, uma estudiosa "leiga" como Luisella Battaglia observa que "o valor dos argumentos não se mede pelo número das pessoas que a ele aderem" e "o facto de as dúvidas terem surgido de franjas minoritárias não tem nenhuma relevância do ponto de vista da validade das teses defendidas" ("II Secolo XIX", 4 de Setembro de 2008). Depois, no plano moral, a própria existência de uma possibilidade de vida exige que se evite o acto potencialmente homicida. Se existe nem que seja só dez por cento de possibilidades que, por detrás dos arbustos, esteja um homem, ninguém está autorizado a abrir fogo. No campo bioético, o princípio 'in dubio pro vita' mantém a sua centralidade.

A verdade é que a definição de morte cerebral foi proposta pela Harvard Medical School, no Verão de 1968, poucos meses depois do primeiro transplante de coração de Chris Barnard (Dezembro de 1967), para justificar eticamente os transplantes de coração, que previam que o coração transplantado ainda batesse, ou seja, que segundo os cânones da medicina tradicional fosse ainda vivo. O transplante, nesse caso, equivaleria a um homicídio, embora realizado "com fins de bem". A ciência punha a moral perante um dramático interrogativo: é lícito suprimir um doente, mesmo condenado à morte ou irreversivelmente ferido, para salvar uma outra vida humana de "qualidade" superior?

Diante desse bívio, que deveria impôr um serrado confronto entre teorias morais opostas, a Universidade de Harvard assume-se a responsabilidade de "redefinir" o conceito de morte, tal que permitisse abrir o caminho aos transplantes, contornando os escolhos do debate ético. Não havia necessidade de declarar lícita a morte do paciente vivo; bastava declará-lo clinicamente morto. Na sequência do relatório científico de Harvard, a definição de morte foi mudada em quase todos os Estados americanos e, depois, também na maior parte dos Países chamados desenvolvidos (na Itália, a "mudança"

foi feita com a lei de 29 de Dezembro de 1993 n. 578, que diz no art. 1: "A morte identifica-se com a cessação irreversível de todas as funções do cérebro").

A natureza do debate não é portanto científica, mas ética. Que seja essa a verdade confirma-o senador do PD [Partido Democrático] Inácio Marino, que num artigo na "Repubblica" de 3 de Setembro, define o artigo de "L'Osservatore Romano" "um acto irresponsável que comporta o risco de pôr-se em perigo a possibilidade de salvar centenas de milhares de vidas com a doação de órgãos". Tais palavras insinuam, antes de mais, uma mentira: a de que a recusa da morte cerebral leve à cessação de todo o tipo de doação, uma vez que o problema ético não diz respeito à maior parte dos transplantes, mas põe-se só para a extracção de órgãos vitais que comporte a morte do doador, como é o caso do transplante do coração. Daí a razão por que Bento XVI, que sempre nutriu reservas sobre o conceito de morte cerebral, se tenha então mostrado favorável à doação de órgãos (cfr. Sandro Magister, Transplantes e morte cerebral, "L'Osservatore Romano" rompeu o tabu, www.chiesa). O verdadeiro problema é que o preço a pagar para salvar essas vidas é a tragédia de suprimir outras. Quer-se substituir pelo princípio utilitarista, segundo o qual se pode fazer o mal para obter um bem, a máxima ocidental e cristã, segundo a qual não é lícito fazer o mal, nem sequer para alcançar um bem superior. Se antes os "sinais" tradicionais da morte deviam assegurar que uma pessoa viva não fosse considerada morta, hoje o novo critério harvardiano pretende tratar o ser vivo como um cadáver para poder praticar transplantes. Na origem de tudo isto está o mesmo desprezo pela vida humana que, depois de ter imposto a legislação sobre o aborto, quer escancarar a entrada à da eutanásia.

## ALIMENTAÇÃO ARTIFICIAL E OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA

Congregação para a Doutrina da Fé\*

*A Conferência Episcopal dos Estados Unidos dirigiu à Congregação duas perguntas sobre a alimentação e hidratação artificiais em doentes em «estado vegetativo» e em «estado vegetativo permanente». Transcrevem-se as perguntas e as respostas, e inclui-se um comentário extenso e muito esclarecedor sobre os problemas que se levantam nestas situações.*

**Primeira pergunta: É moralmente obrigatória a subministração de alimento e água (por vias naturais ou mesmo artificiais) ao doente que se encontra em «estado vegetativo», a não ser que tais alimentos não possam ser assimilados pelo corpo do doente ou então não possam ser subministrados sem causar um significativo incómodo físico?**

*Resposta: Sim. A subministração de alimento e água, mesmo por vias artificiais, é em linha de princípio um meio ordinário e proporcionado de conservação da vida. Torna-se portanto obrigatória, na medida em que e até quando ela mostra conseguir a sua finalidade própria, que consiste em assegurar a hidratação e*

\* Embora já com mais de três anos (1 de Agosto de 2007), é um texto doutrinário perfeitamente actual, dada a pressão política existente para aceitar a eutanásia.

*alimentação do doente. Assim, se evitam os sofrimentos e a morte por inanição e desidratação.*

**Segunda pergunta: Se a alimentação e a hidratação são feitas por vias artificiais a um doente em «estado vegetativo permanente», podem ser interrompidas, quando médicos competentes julgam com certeza moral que o doente jamais retomará consciência?**

*Resposta: Não. Um doente em «estado vegetativo permanente» é uma pessoa com a sua dignidade humana fundamental, a quem, portanto, são devidos os cuidados ordinários e proporcionados, que compreendem, em linha de princípio, a subministração de água e alimento, mesmo por vias artificiais.*

O Sumo Pontífice Bento XVI, durante a Audiência concedida ao abaixo-assinado Cardeal Perfeito, aprovou as presentes Respostas, decididas na Sessão Ordinária desta Congregação e mandou que fossem publicadas.

Roma, Sede da Congregação para a Doutrina da Fé, 1 de Agosto de 2007.

**WILLIAM Cardeal LEVADA**  
*Perfeito*

✠ **D. ANGELO AMATO, S.D.B.**  
*Arcebispo tit. de Sila*  
*Secretário*

### **Nota de Comentário**

A Congregação para a Doutrina da Fé formulou a resposta a duas perguntas apresentadas por Sua Ex.cia Mons. William S. Skyland, Presidente da Conferência Episcopal dos Estados Unidos, em carta de 11 de Julho de 2005, sobre a alimentação e hidratação dos doentes que se encontram na condição comumente chamada «estado vegetativo». O objecto das perguntas é se a alimentação e hidratação de tais doentes, sobretudo se subministradas por vias artificiais, não constituem um encargo demasiado oneroso para os mesmos, para os parentes ou para o sistema de saúde, a ponto de poderem ser consideradas, mesmo à luz da doutrina moral da Igreja, um meio extraordinário e desproporcionado, e portanto não obrigatório do ponto de vista moral.

Em favor da possibilidade de renunciar à alimentação e à hidratação de tais doentes invoca-se muitas vezes o Discurso do papa Pio XII a um Congresso de Anestesiologia de 24 de Novembro de 1957. Nele, o Pontífice afirmava dois princípios éticos gerais. Por um lado, a razão natural e a moral cristã ensinam que, em caso de doença grave, o doente e os que dele cuidam têm o direito e o dever de pôr em acto os cuidados necessários para conservar a saúde e a vida. Por outro lado, tal dever geralmente compreende apenas a utilização de meios que, consideradas todas as circunstâncias, são ordinários, ou seja, não comportam um encargo extraordinário para o doente ou para os demais. Uma obrigação mais severa seria demasiado onerosa para a maioria das pessoas e tornaria extremamente difícil a consecução de bens mais importantes. A vida, a saúde e todas as actividades temporais estão subordinadas aos fins espirituais. Naturalmente, isso não impede que se faça mais do que é estritamente obrigatório para conservar a vida e a saúde, na condição de não se deixar de cumprir deveres mais graves.

Deve-se notar, antes de mais, que as respostas dadas por Pio XII se referiam à utilização e interrupção das técnicas de

reanimação. O caso porém que foi submetido a exame nada tem a ver com essas técnicas. Os doentes em «estado vegetativo» respiram espontaneamente, digerem de forma natural os alimentos, realizam outras funções metabólicas e encontram-se numa situação estável. Não conseguem porém alimentar-se sozinhos. Se não lhes são subministrados o alimento e os líquidos, morrem, e a causa da sua morte não é uma doença ou o «estado vegetativo», mas unicamente a inanição e a desidratação. Por outro lado, a subministração artificial de água e alimento geralmente não acarretam um ónus pesado nem para o doente nem para os parentes. Não comporta excessivos custos; está ao alcance de qualquer mediano sistema de saúde; por si, não exige o internamento, e é proporcionada ao alcance do seu objectivo: impedir que o doente morra por inanição e desidratação. Não é, nem pretende ser, uma terapia resolutiva, mas uma cura ordinária para a conservação da vida.

O que, ao invés, pode constituir um encargo notável é o facto de ter um parente em «estado vegetativo», se tal estado se prolonga no tempo. É um ónus semelhante ao de cuidar de um tetraplégico, de um doente mental grave, de um Alzheimer avançado, etc. São pessoas que precisam de uma assistência contínua durante meses e até anos. Mas o princípio formulado por Pio XII não pode ser interpretado, por razões óbvias, no sentido de ser lícito abandonar a si próprios os doentes, cujo cuidado ordinário acarrete um ónus consistente para a sua família, deixando-os portanto morrer. Não é neste o sentido que Pio XII falava de meios extraordinários.

Tudo leva a pensar que aos doentes em «estado vegetativo» se deva aplicar a primeira parte do princípio formulado por Pio XII: em caso de doença grave, existe o direito e o dever de pôr em acto os cuidados necessários para conservar a saúde e a vida. O ulterior Magistério da Igreja, que acompanhou de perto os progressos da medicina e as dúvidas suscitadas pelos mesmos, plenamente o confirma.

A *Declaração sobre a eutanásia*, publicada pela Congregação para a Doutrina da Fé a 5 de Maio de 1980, estabeleceu a distinção entre meios proporcionados e desproporcionados e entre tratamentos terapêuticos e cuidados normais devidos ao doente: «Na iminência de uma morte inevitável, apesar dos meios usados, é lícito em consciência tomar a decisão de renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida, sem contudo interromper os cuidados normais, que são devidos ao doente em tais casos» (parte IV). Muito menos se podem interromper os cuidados ordinários a doentes que se encontram no «estado vegetativo» e para os quais a interrupção dos mesmos constituiria a verdadeira causa da morte.

A 27 de Junho de 1981, o Pontifício Conselho *Cor Unum* publicou um documento intitulado *Questões éticas relativas aos doentes graves e aos moribundos*, onde, entre outras coisas, se afirma: «Fica, porém, a estrita obrigação de continuar a todo o custo a aplicar os meios assim chamados "minimais", ou seja, daqueles que normalmente e nas condições habituais se destinam a manter em vida (alimentação, transfusões de sangue, injeções, etc.). Interromper a sua subministração significaria na prática querer pôr fim aos dias do doente» (n. 2.4.4).

Num Discurso dirigido aos participantes num Curso internacional de actualização sobre as preleucemias humanas, a 15 de Novembro de 1985, o Papa João Paulo II, refazendo-se à *Declaração sobre a eutanásia*, afirmou claramente que, em virtude do princípio da proporcionalidade dos cuidados, não se pode dispensar «o empenho terapêutico destinado a assegurar a vida nem a assistência com meios normais de apoio vital», de que fez parte certamente a subministração de alimento e líquidos, e observa que não são lícitas as omissões destinadas a «abreviar a vida para poupar do sofrimento o doente ou os parentes».

Em 1995 foi publicada pelo Pontifício Conselho para a Pastoral no Campo da Saúde a *Carta dos Agentes de Saúde*. No n. 120

afirma-se explicitamente: «A alimentação e a hidratação, mesmo artificialmente ministradas, fazem parte dos cuidados normais que são sempre devidos ao doente, quando não resultam onerosos para ele: a sua indevida suspensão pode representar uma verdadeira e própria eutanásia».

É totalmente explícito o Discurso de João Paulo II a um grupo de Bispos dos Estados Unidos em visita *ad Limina*, de 2 de Outubro de 1998: a alimentação e a hidratação são considerados cuidados normais e meios ordinários para a conservação da vida. É inaceitável interrompê-los ou não subministrá-los se dessa decisão resultar a morte do doente. Estaríamos perante uma eutanásia por omissão (cf. n. 4).

No Discurso de 20 de Março de 2004, dirigido aos participantes num Congresso Internacional sobre «Os tratamentos de apoio vital e o estado vegetativo. Progressos científicos e dilemas éticos», João Paulo II confirmou em termos muito claros quanto dito nos documentos acima citados, dando-lhe ao mesmo tempo uma interpretação adequada. O Pontífice pôs em realce os seguintes pontos:

1. «Para indicar a condição daqueles cujo "estado vegetativo" se prolonga por mais de um ano, foi cunhado o termo de *estado vegetativo permanente*. Na realidade, a esta definição não corresponde uma diagnose diferente, mas apenas um cálculo de previsão convencional, relativo ao facto de que a melhoria do doente é, falando em termos de estatística, tanto mais difícil quanto mais a condição de estado vegetativo se prolonga no tempo» (n. 2).<sup>1</sup>

2. Perante os que chegam a duvidar da própria «qualidade humana» dos doentes em «estado vegetativo permanente», há que reafirmar «que o valor intrínseco e a dignidade pessoal de cada ser humano não se alteram, quaisquer que sejam as circunstâncias concretas da sua vida. *Um homem, mesmo se se encontra gravemente*

<sup>1</sup> A terminologia relativa às diversas fases e formas do «estado vegetativo» é objecto de controvérsia, mas para o juízo moral isso não tem relevância.

*doente ou impedido no exercício das suas funções mais nobres, é e será sempre um homem; nunca se tornará um "vegetal" ou um "animal"»* (n. 3).

3. «O doente em estado vegetativo, na expectativa de recuperação ou do fim natural, tem portanto direito a uma assistência sanitária básica (alimentação, hidratação, higiene, aquecimento, etc.), e à prevenção das complicações relacionadas com a sua situação de acamado. Tem direito também a uma específica intervenção de reabilitação e à monitorização dos sinais clínicos de eventual recuperação. Em particular, gostaria de realçar como a subministração de água e alimento, mesmo quando feita por vias artificiais, representa sempre *um meio natural* de conservação da vida e não um *acto médico*. Por conseguinte, o seu uso deve ser considerado, em linha de princípio, *ordinário e proporcionado* e, como tal, moralmente obrigatório, na medida em que e até quando mostra conseguir a sua finalidade própria, que, no caso específico, consiste em dar alimento ao doente e lenitivo aos sofrimentos» (n. 4).

4. Os documentos precedentes são tomados e interpretados no sentido acima dito: «A obrigação de não fazer faltar "os cuidados normais que são devidos ao doente em tais casos" (Congregação para a Doutrina da Fé, *Declaração sobre a eutanásia*, parte IV) compreende, de facto, também o uso da alimentação e da hidratação (cf. Pontifício Conselho *Cor Unum*, *Questões relativas aos doentes graves e moribundos*, n. 2.4.4; Pontifício Conselho para a Pastoral da Saúde, *Carta aos Agentes de Saúde*, n. 120). A avaliação das probabilidades, fundada sobre as escassas esperanças de recuperação, quando o estado vegetativo se prolonga por mais de um ano, não pode justificar eticamente o abandono ou a interrupção dos *cuidados mínimos* ao doente, compreendidas a alimentação e a hidratação. A morte por fome ou sede é, de facto, o único resultado possível após a sua interrupção. Neste sentido, ela acaba por se configurar, se consciente e livremente efectuada, como uma verdadeira eutanásia por omissão» (n. 4).

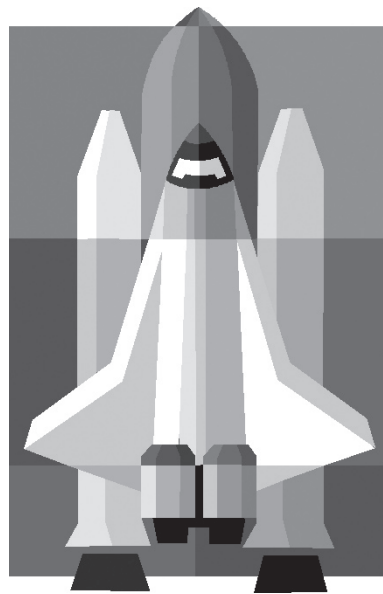


Portanto, as Respostas que agora dá a Congregação para a Doutrina da Fé estão em linha com os documentos da Santa Sé acima citados e, de modo especial, com o Discurso de João Paulo II de 20 de Março de 2004. Dois são os conteúdos fundamentais. Afirma-se, em primeiro lugar, que a subministração de água e alimento, mesmo por vias artificiais, é em linha de princípio um meio ordinário e proporcionado de conservação da vida para os doentes em «estado vegetativo»: Torna-se portanto obrigatória, na medida em que e até quando ela mostra conseguir a sua finalidade própria, que consiste em assegurar a hidratação e alimentação do doente». Esclarece-se, em segundo lugar, que esse meio ordinário de apoio vital deve ser garantido também aos que se encontram no «estado vegetativo permanente», já que se trata de pessoas, com a sua dignidade humana fundamental.

Ao afirmar que a subministração de água e alimento é moralmente obrigatória *em linha de princípio*, a Congregação para a Doutrina da Fé não exclui que, numa região muito isolada ou de extrema pobreza, a alimentação e hidratação artificiais possam não ser fisicamente possíveis e, nesse caso, *ad impossibilia nemo tenetur*, subsistindo porém a obrigação de prestar os cuidados mínimos disponíveis e procurar, se possível, os meios necessários para um adequado apoio vital. Não se exclui também que, ao surgirem complicações, o doente possa não conseguir assimilar o alimento e os líquidos, tornando-se assim totalmente inútil a sua subministração. Por fim, não se descarta de todo a possibilidade que, nalgum caso raro, a alimentação e a hidratação artificiais possam comportar para o doente um ónus excessivo ou um significativo incómodo físico ligado, por exemplo, a complicações no uso de auxílios instrumentais.

Estes casos excepcionais porém não tiram nada ao critério ético geral, segundo o qual a subministração de água e alimento, mesmo se feitas por vias artificiais, representa um *meio natural* de conservação da vida e não um *tratamento terapêutico*. O seu uso deve portanto considerar-se ordinário e proporcionado, mesmo quando o «estado vegetativo» se prolongar.

Branca



## TEMAS ACTUAIS

Branca

## A POBREZA EM PORTUGAL – SITUAÇÃO ACTUAL

### ALGUMAS PROPOSTAS PARA UM NOVO CONTRATO SOCIAL

P. Moreira JARDIM\*

#### 1ª PARTE: OS PRINCIPAIS PROBLEMAS - CONTEXTO GERAL

A pobreza em Portugal é essencialmente (embora não exclusivamente) um problema de participação e desenvolvimento para a inclusão.

- Temos um padrão económico de especialização demasiado dependente e vulnerável;
- O Estado-Providência (modelo social que em Portugal nunca foi adoptado na totalidade) encontra-se em crise, vítima de enormes mudanças e desequilíbrios demográficos e de um ataque ao modelo social europeu (*a Europa dos cidadãos...*).
- Existem demasiadas debilidades na estrutura produtiva e um funcionamento ainda insuficiente (e relativamente precário e subsidiário do Estado) no domínio das políticas sociais;

---

\* Presidente do Núcleo Português da Rede Europeia Anti-pobreza. A Rede analisa globalmente as situações e propõe respostas assistencialistas – de desenvolvimento, participação e inclusão do pobre.

- A economia informal, embora sustente em muitos casos as situações mais precárias das famílias, não nos permite, por outro lado, um efectivo desenvolvimento da economia;
- Existe uma quebra das redes de solidariedade inter-pessoais, que decorre das mudanças dos estilos de vida, do crescimento dos níveis de instrução e de um individualismo moderno que não se compadece com este tipo de respostas imediatas, nomeadamente protagonizadas por relações de vizinhança, familiares e de amizade;
- Existem desequilíbrios regionais demasiado profundos, decorrentes de uma migração descontrolada e de um crescimento urbano e litoralizado, produtor de índices elevadíssimos de exclusão social e, conseqüentemente, uma desertificação do interior que origina elevados índices de isolamento e de envelhecimento.

Por outro lado, convém salientar que a pobreza em Portugal não é um problema relacionado com o mercado de trabalho. Na realidade – e bastaria verificar o diferencial existente entre a taxa de pobreza e a de desemprego para constatar esse facto<sup>1</sup> – ter emprego não é sinónimo de estar livre de uma situação de pobreza, e esta resulta, não pela ausência de emprego, mas por factores específicos, dentre os quais se destacam:

- A forte prevalência de uma economia informal que aumenta os riscos de pobreza (trabalho temporário e irregular e subocupação laboral não são consideradas situações de desemprego);
- A ausência de protecção social para pessoas que não participam na actividade económica (ex: donas de casa);
- Um mercado de trabalho caracterizado por uma forte insegurança (contratos a prazo e a termo certo renováveis);
- Uma débil protecção social na velhice que aumenta muito o risco de pobreza desta faixa etária;
- Uma alta desigualdade na distribuição dos rendimentos – Portugal é o país da Europa com maiores assimetrias;

---

<sup>1</sup> 11% dos pobres são trabalhadores com emprego precário

- A persistência de uma pobreza tradicional muito ligada ao mundo rural agora em desertificação e decadência (sector primário em contracção e sector terciário em crescimento mas em crise);
- Famílias de baixos recursos com rendimentos insuficientes e qualificações escolares e profissionais baixas;
- Baixas qualificações educativas;
- Crescente visibilidade dos fenómenos de exclusão social (concentração urbana e suburbana) e de novos grupos de risco (famílias monoparentais, toxicodependentes, minorias étnicas, imigrantes, «novos pobres» - a chamada “pobreza envergonhada”);
- Insuficiências do modelo de protecção social praticado no País (resultante da dimensão redistributiva muito frágil).

**Os domínios mais visíveis da pobreza em Portugal situam-se sobretudo nos sectores da: Habitação, Saúde, Educação, Emprego.**

**Uma das consequências situa-se nos altos níveis de dificuldade de acesso à Justiça e à Cultura.**

**As categorias sociais ou grupos socialmente mais desfavorecidos são essencialmente:**

**A – Na chamada “pobreza tradicional”**

1. Idosos e pensionistas
2. Agricultores de baixos rendimentos
3. Assalariados de baixos níveis de remuneração
4. Trabalhadores precários de uma economia informal e que se encontram completamente desprotegidos socialmente

**B – Naqueles que são por vezes definidos como “os novos pobres” (emergência de novos grupos sociais desfavorecidos):**

- Desempregados e desempregados de longa duração;
- Jovens de baixas qualificações à procura do 1º emprego;
- Toxicodependentes;
- Detidos e ex-reclusos;
- Grupos étnicos e culturais minoritários;

- Pessoas de baixas qualificações;
- Membros de círculos de pobreza instalada (nomeadamente as crianças);
- Sem abrigo;
- Pessoas com deficiência;
- Trabalhadores com salários em atraso (devido a crises de determinados sectores produtivos);
- Famílias monoparentais;
- Imigrantes;
- E a agora designada “pobreza envergonhada” e que, por outra palavras, significa “classe média”.

**C – Em termos de números, a título de síntese, é este o cenário:**

- A taxa de pobreza em Portugal era, em 2006, de 18%, ou seja, quase 1 em cada cinco portugueses vive em situação de pobreza.
- Os problemas de pobreza atingem sistematicamente mais mulheres (19%) do que homens (18%); são dados de 2006;
- As crianças e os idosos estão entre os grupos mais vulneráveis: o risco de pobreza atingia, no mesmo ano, 21% da população infantil portuguesa e 26% da população idosa;
- 11% dos trabalhadores encontrava-se em situação de pobreza;
- O risco de *pobreza persistente* (pessoas que vivem nessa situação nos últimos três anos) atinge uma parte igualmente significativa da população – 15% (dados de 2001).

## **2ª PARTE: PROPOSTA PARA UM NOVO «CONTRATO SOCIAL»**

Entendendo que vivemos um período particularmente difícil que nos deve questionar profundamente, penso que primeiro se torna **fundamental falar de valores**. Torna-se imperioso que, para que as políticas possam ser de facto consequentes, as mesmas devam ser enformadas por valores à altura dos problemas que tentam enfrentar.

É chegado o momento de colocar a questão do combate à pobreza a este nível. A decisão de pôr em campo estratégias de combate à pobreza deve, assim, significar a adesão e a defesa de um conjunto de valores. Tais valores devem estar acima de todos os interesses, sejam eles pessoais, políticos, partidários ou quaisquer outros.

**O combate à pobreza tem de estar revestido de uma ética específica.** É cada vez mais necessário e urgente que, de uma forma partilhada, e procurando um consenso alargado e máximos denominadores comuns (que deverão ir além e ficar de fora de orientações político-partidárias), Portugal defina uma política de erradicação de pobreza, “despartidarizando” esta acção e revestindo a mesma de um conjunto de princípios éticos capazes de criar uma plataforma de entendimento, congregando partidos, parceiros sociais, sociedade civil e todos os cidadãos portugueses. Só assim a erradicação da pobreza se pode verdadeiramente transformar num desígnio e numa causa nacional, condição fundamental para a sua verdadeira erradicação.

**É importante começar por ver a pobreza como negação de determinados padrões de ética e a injustiça que a mesma comporta.** Nesse sentido propomos uma ética humanista, uma ética que se fundamenta na dignidade da pessoa e que entende que as pessoas, mesmo quando vítimas de pobreza e de exclusão social, continuam a ser pessoas com direitos e deveres, com uma dignidade própria que deve ser respeitada e assegurada.

**É já tempo de encararmos tal tarefa como uma responsabilidade de todos.** Temos que reconhecer que todos somos causa de pobreza e de possibilidade de erradicação do fenómeno. A erradicação deste problema passa pela reorganização das nossas sociedades de tal forma que as pessoas se possam sentir membros de facto e parte activa das mesmas.

## A – Valores que a erradicação da pobreza exige

**1. A justiça como fundamento:** A declaração dos direitos humanos, assinada em 1948, está ainda por concretizar. Importa entender que, a cada direito que um homem ou mulher tem acesso (e que, acima de tudo, importa assegurar), corresponde o dever de respeitar o mesmo direito para os demais cidadãos. Só haverá justiça quando direitos e deveres forem uma constante na vida de todos os homens e mulheres. Pobreza é, acima de tudo, ausência de Justiça.

**2. A igualdade como regra de convivência:** Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos e tal facto faz que não possa existir qualquer forma de discriminação entre seres humanos. No entanto, tal afirmação não passa de uma mera declaração, se olharmos para todas as desigualdades a que assistimos e nas quais participamos (e estas não nos remetem apenas para os campos da pobreza e da riqueza). A desigualdade compromete qualquer valor ético fundamental e, sobretudo, quando nos propomos combater e erradicar a pobreza. Assim, é fundamental reafirmar o princípio da igualdade como fundamento ético para a erradicação da pobreza.

**3. A partilha como expressão de solidariedade:** Não basta afirmar que se é solidário e agir em conformidade apenas quando acontece uma tragédia, uma guerra, uma tempestade ou um incêndio. A partilha deve ser uma atitude permanente (sobretudo e perante os que mais sofrem). A partilha, enquanto expressão de solidariedade, não se deve referir exclusivamente à redistribuição da riqueza material (embora esta seja essencial) mas também a outros bens fundamentais como a palavra, a convivência e os conhecimentos. A participação activa de todos os cidadãos só se poderá consolidar através da partilha destes elementos fundamentais para as relações humanas.

**4. A proximidade como forma de ser humano:** sem encararmos o ser humano como nosso semelhante, de forma fraterna,

independentemente de género, cor da pele, religião, dificilmente poderemos perceber o verdadeiro significado da pobreza e da desigualdade que a mesma comporta.

Sem estes valores éticos básicos, aos quais convém acrescentar a verdade, o belo e a liberdade, as relações humanas estão seriamente comprometidas – como objectivamente acontece actualmente (e não nos faltam exemplos) – e não haverá qualquer hipótese de enfrentar, de uma forma real e eficaz, as situações de pobreza. **É imprescindível, quotidianamente, fazer nossos os problemas dos outros porque, e definitivamente, a pobreza não é um problema individual e não existem inocentes.**

#### **B – Para uma nova cultura social no sentido de um reformulado bem comum**

Partindo dos valores propostos, o meu entendimento é o de que **a luta contra a pobreza seja transformada numa «arte pública»**, ou seja, um novo projecto de cidadania, um novo contrato social, reencontrando diálogos perdidos, com novos espaços de relação. Uma tarefa colectiva contando com a participação de todos, **entendendo a erradicação da pobreza como um objectivo prioritário e quotidiano para todos os cidadãos**: concretizar o sentimento profundo de permitir que o impossível aconteça – realizar o bem comum, dignificando e salvando a pessoa humana.

**Esta nova cultura deverá ter por base:**

**1. A cultura da igualdade** – é fundamental para assegurar que cada homem e cada mulher sejam considerados de facto cidadãos de pleno direito. É, assim, urgente educar todos os portugueses desde os primeiros momentos de aprendizagem e socialização para uma cultura da não discriminação, da não violência, para a afirmação dos direitos e deveres de cada um, para os valores da tolerância, da convivência, do diálogo, da diversidade e, sobretudo, para uma

solidariedade activa perante as possíveis situações difíceis, de uns em face de outros;

**2. Uma cultura de sensibilidade** – para com os mais pobres, para que cada pessoa sinta que as carências económicas, culturais ou sociais são um problema de todos os cidadãos e que cada um tem de se sentir responsável pela solução a encontrar. É importante estender o conceito de responsabilidade social a todos os cidadãos, independentemente dos papéis que cada um assume na sociedade. Esta sensibilidade deve ser provocada e deverá constituir um forte instrumento de trabalho quotidiano para todos. Se é possível mobilizar os cidadãos portugueses para outro tipo de causas nacionais, bem mais precárias e menos relevantes, é seguramente possível mobilizá-los para um problema de tão grave dimensão e que, mais directa ou indirectamente, a todos diz respeito.

**3. Uma cultura de subsidiariedade** – em ordem ao bem comum, deve tornar-se numa constante e numa premissa de acção, entendendo que, os que estão mais próximos, são os que melhor podem entender a gravidade dos problemas e as respostas a por em marcha, privilegiando os que directamente experimentam os problemas. A este nível é ainda fundamental deixar de responsabilizar permanentemente o Estado, descartando-se e alheando-se dos problemas. Bem ao contrário, é antes essencial que cada um e todos colectivamente, particularmente os que estão mais próximos, esgotem todos os meios possíveis ao seu alcance para que, então, e só posteriormente, se complemente a sua acção a outros níveis.

**4. Uma cultura de integralidade** – Se é claro que a pobreza é um fenómeno multidimensional com causas estruturais, então seguramente a pobreza só se erradicará com apostas firmes no desenvolvimento integral (individual e colectivo), promovendo o alargamento da cultura e da educação do amor a todos os cidadãos, integrando todos no mercado de trabalho, na medida das suas possibilidades e facilitando a sua adaptação, transformando todos os cidadãos em agentes de desenvolvimento do país.

O resultado desta nova cultura é o de construir uma sociedade nova, verdadeiramente justa, baseada num novo contrato social, em que todos se possam sentir verdadeiramente iguais, independentemente das suas diferenças e entendendo essas como complementares. Significa caminharmos para o **(re)estabelecimento de uma cultura de reciprocidade**. Devemos (re)aprender a ver, (re)aprender a reconhecermo-nos uns aos outros como semelhantes de facto, como irmãos. Se conseguirmos transformar a luta contra a pobreza numa espécie de “arte pública” – com todos, de todos e para todos – em que o bem e o belo, de uma forma comum, sejam a razão dos nossos modelos e escolhas, poderá, então, ser possível falar de inclusão social ou erradicação da pobreza.

### 3ª PARTE: APELOS CONCRETOS EM TERMOS DE ACCÇÃO

Para concretizar muitas destas premissas urge que, através de um consenso político alargado, estabelecendo um máximo de denominadores comuns, seja posto em marcha um conjunto de **orientações estratégicas** que devem ser incorporadas em diferentes acções prioritárias de uma forma transversal:

**1. O reforço da cidadania e da participação da sociedade civil**, tendo em vista a boa governação e uma democracia participada e eficaz.

**2. O desenvolvimento local e a subsidiariedade** como processo de comando.

**3. A articulação e a interacção das políticas e das respostas:** o *Mainstreaming*.

**4. Monitorização/observação participada** dos resultados: a avaliação.

**5. A escuta e a dinamização da participação activa** dos cidadãos que enfrentam situações de pobreza.

## RACISMO E POBREZA: COMBINAÇÃO DESTRUIDORA

Mons. Silvano TOMASI\*

A delegação da Santa Sé compartilha a aspiração da comunidade internacional a superar todas as formas de racismo, de discriminação racial e xenofobia na consciência de que «todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos» (*Declaração Universal dos Direitos Humanos*, art. I) e estão unidos numa única família humana. De facto, uma comunidade internacional justa desenvolve-se de maneira apropriada quando o desejo natural das pessoas humanas de se relacionarem não é deturpado pelo preconceito, medo dos outros ou interesses egoístas que minam o bem comum. Em todas as suas manifestações, o racismo afirma falsamente que alguns seres humanos têm menor valor e dignidade que outros. Isto viola a sua igualdade fundamental de filhos de Deus e leva a uma violação dos direitos humanos e de inteiros grupos de pessoas.

Participando na Convenção Internacional sobre a eliminação de todas as formas de discriminação racial, nos esforços comuns

---

\* Observador Permanente da Santa Sé junto da ONU e Instituições Especializadas (Genebra). O texto que se publica constitui a quase totalidade da intervenção de Mons. Tomasi na Conferência de revisão da Declaração de Durban sobre o racismo e outras formas de intolerância (2001), proferida em 22 de Abril de 2009, em Genebra. De «L'Osservatore Romano», 9 de Maio, 2009.

das Nações Unidas e de outras organizações internacionais importantes, a Santa Sé esforça-se em assumir plenamente a própria responsabilidade segundo a sua missão. Empenha-se em combater, num espírito de cooperação, todas as formas de racismo, discriminação racial, xenofobia e formas conexas de intolerância.

A Santa Sé participou activamente na Conferência de Durban de 2001 e, sem hesitar, deu o seu apoio moral à Declaração de Durban e ao Programa de Acção (DDPA), sabendo bem que a luta contra o racismo é um pré-requisito necessário e indispensável para a construção de um novo modo de governar, de desenvolvimento sustentável, de justiça social, de democracia e paz no mundo.

Hoje, a globalização une as pessoas, mas a proximidade espacial e temporal não cria por si só as condições para uma interação construtiva e uma comunhão pacífica. De facto, o racismo persiste: os estrangeiros e os que são diferentes são demasiadas vezes rejeitados e chega-se até a cometer actos bárbaros contra eles, inclusive o genocídio e a purificação étnica. Velhas formas de exploração deixaram espaço a novas: tráfico de mulheres e crianças numa forma contemporânea de escravidão, abuso de migrantes irregulares. Pessoas consideradas diferentes ou que de facto o são, tornam-se, em número desproporcionado, vítimas de exclusão social e política, de condições de gueto e de estereótipos. Jovens mulheres são obrigadas a contrair matrimónios indesejados. Os cristãos são presos ou assassinados por causa do seu credo. A falta de solidariedade, uma crescente fragmentação das relações sociais nas nossas sociedades multiculturais, racismo e xenofobia espontâneos, discriminação racial e social, em particular para com grupos minoritários e marginalizados, e exploração política das diferenças, são evidentes na experiência quotidiana. O impacto global da actual crise económica atinge, sobretudo, todos os tipos vulneráveis da sociedade. Isto demonstra quão frequentemente o racismo e a pobreza estão entrelaçados numa combinação mortal.

A Santa Sé também está alarmada pela tentação ainda latente da eugénica que pode ser alimentada pela técnica da procriação artificial e pelo uso de «embriões supérfluos». A possibilidade de escolher a cor dos olhos ou outras características físicas de uma criança poderia levar à criação de uma «sub-categoria de seres humanos» ou à eliminação dos seres humanos que não respondem às características pré-determinadas por uma certa sociedade. Além disso, a crescente preocupação pela segurança e a consequente introdução de medidas e práticas excessivas fizeram nascer uma maior falta de confiança entre pessoas de culturas diversas e têm exacerbado o medo irracional dos estrangeiros. A luta legítima contra o terrorismo jamais deveria minar a protecção e a promoção dos direitos humanos.

Baseando-se nos progressos já realizados, a nossa Conferência de revisão da Declaração de Durban pode ser a ocasião para pôr de lado as recíprocas diferenças e falta de confiança, recusar mais uma vez qualquer teoria de superioridade racial ou étnica e renovar o compromisso da comunidade internacional na eliminação de todas as expressões de racismo como requisito ético do bem comum, cuja obtenção é «o único motivo da existência das autoridades civis» (cf. Papa João Paulo II, Encíclica *Pacem in terris*) a nível nacional, regional e internacional. Partilhar recursos e iniciativas melhores no esforço concordado de colocar em prática as recomendações da DDPA para desarraigir o racismo significa reconhecer a centralidade da pessoa humana e a igual dignidade de todas as pessoas. Esta tarefa é dever e responsabilidade de todos e demonstra com clareza que fazer aquilo que é justo obtém uma vantagem política porque deste modo lançam-se os fundamentos para uma convivência pacífica, produtiva e reciprocamente profícua.

As alianças e as declarações internacionais assim como as legislações nacionais são indispensáveis para criar uma cultura pública e para fornecer normas vinculantes, capazes de combater o racismo, a discriminação racial, a xenofobia e as formas conexas de intolerância.



Contudo, sem uma mudança do coração, as leis não são eficazes. É o coração que tem de ser continuamente purificado para que não nos governem mais o medo e o espírito de domínio, mas a abertura aos outros, a fraternidade e a solidariedade. Um papel insubstituível desempenha-a a educação que forja as mentalidades e ajuda a formar as consciências para acolher uma visão mais ampla da realidade e rejeitar qualquer forma de racismo e de discriminação. Alguns sistemas educativos deveriam ser revistos para eliminar todos os elementos de discriminação presentes no ensino, nos livros de textos, nos cursos e nos recursos visuais. O fim deste processo de educação não é apenas o reconhecimento do facto que todos têm igual valor humano e a eliminação do pensamento e dos comportamentos racistas, mas também a convicção de que os Estados e os indivíduos devem ter a iniciativa e tornarem-se próximos de todos. Também a educação informal e geral desempenha um papel crucial. Os meios de comunicação, portanto, deveriam ser acessíveis e livres de um controle racista ou ideológico que conduza à discriminação e até à violência contra pessoas que têm uma formação cultural ou étnica diferente. Deste modo, os sistemas educativos e os meios de comunicação unem-se ao resto da sociedade ao apoiar a dignidade humana que pode ser tutelada e promovida apenas por acção colectiva de todos os sectores. Neste contexto de mútua aceitação o direito de acesso à educação por parte das minorias raciais, étnicas e religiosas será respeitado como direito humano capaz de garantir a coesão da sociedade como o contributo do talento e das capacidades de cada um.

Na luta contra o racismo, as comunidades de fé desempenham um papel importante. A Igreja católica, por exemplo, não poupou esforços para consolidar as suas numerosas instituições escolares, para criar novas, estar presente em situações perigosas nas quais a dignidade humana é violada e a comunidade local destruída. Nesta vasta rede educativa, a Igreja ensina a viver juntos e a reconhecer que todas as formas de preconceito e de discriminação racial ferem a dignidade

comum de cada pessoa criada à imagem de Deus e o desenvolvimento de uma sociedade justa e acolhedora. Por este motivo, realça que a pessoa realiza-se «através do acolhimento magnânimo do outro e do dom generoso de si mesma (...)». À luz disto, o *diálogo entre as culturas surge como uma exigência intrínseca à própria natureza do homem e da cultura* (...). O diálogo leva a reconhecer a riqueza da diversidade e predispõe os ânimos para a recíproca aceitação, em vista de uma autêntica colaboração, de acordo com a primordial vocação para a unidade de toda a família humana. Como tal, o diálogo é um instrumento sublime para realizar *a civilização do amor e da paz*» (João Paulo II, *Mensagem para a celebração do Dia Mundial da Paz de 2001*, n. 10). A contribuição da comunidade de fé para a luta contra o racismo e para a edificação de uma sociedade não discriminante torna-se mais eficaz na presença de um respeito autêntico do direito da liberdade de religião como é claramente exposto nos instrumentos dos direitos do homem. Infelizmente, a discriminação não poupa as comunidades religiosas, um facto que preocupa cada vez mais a comunidade internacional. A resposta a esta preocupação legítima é a plena realização da liberdade religiosa para os indivíduos e o seu exercício a nível colectivo deste direito humano fundamental. Embora o direito à liberdade de expressão não seja uma licença para insultar os seguidores de qualquer religião ou para estereotipar a sua fé, os mecanismos existentes que oferecem garantia legal à incitação ao ódio racial e religioso deveriam ser utilizados no quadro da lei sobre os direitos humanos para proteger todos os crentes e não-crentes. Os sistemas judiciais nacionais deveriam favorecer a prática de uma «gestão racional» das práticas religiosas e não deveriam ser utilizados para justificar a falência na tutela e na promoção do direito de professar e praticar livremente a própria religião.

Os desafios que temos de enfrentar requerem estratégias mais eficazes para combater o racismo, a discriminação racial, a xenofobia e as formas conexas de intolerância. Estes são os males

que corroem o tecido da sociedade e causam inumeráveis vítimas. O primeiro passo rumo a uma solução prática consiste na educação integral que inclui valores éticos e espirituais a favor da aquisição de poderes por parte dos grupos vulneráveis como os refugiados, os migrantes e itinerantes, as minorias raciais e culturais, pessoas prisioneiras da pobreza extrema ou doentes e deficientes, mulheres e moças ainda consideradas inferiores em algumas sociedades, onde um medo irracional das diferenças impede a plena participação na vida social. Em segundo lugar, para obter coesão entre estruturas e mecanismos vários criados para lutar contra atitudes e comportamentos racistas, é necessário empreender um novo estudo para tornar as várias modalidades mais incisivas e eficazes. Em terceiro lugar, a ratificação universal de instrumentos importantes contra o racismo e a discriminação, como a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação Racial e a Convenção Internacional sobre a Protecção dos Direitos de todos os Trabalhadores Migrantes e Membros das suas Famílias marcará a vontade política da comunidade internacional de combater todas as expressões do racismo. Por fim, nada pode substituir a justa legislação nacional que condene explicitamente todas as formas de racismo e de discriminação e permita a todos os cidadãos participar publicamente na vida do seu país com base na igualdade de direitos e deveres.

Portanto, o trabalho desta Conferência deu um passo à frente na luta contra o racismo, motivo pelo qual a maior parte dos países se esforçam em conjunto para obter um resultado que corresponda à necessidade de eliminar antigas e novas manifestações de racismo. A Conferência, como fórum internacional de exercício do direito à liberdade de expressão, infelizmente foi utilizada para exprimir posições políticas extremistas e ofensivas que a Santa Sé lamenta e rejeita: não contribuem para o diálogo, provocam conflitos inaceitáveis e de alguma maneira podem ser aprovadas ou compartilhadas.

Senhor Presidente!

Há oito anos os países do mundo assumiram um compromisso global para combater o racismo com a adopção da Declaração de Durban e o seu Programa de Acção. Esta visão de mudança permanece incompleta na sua realização e por este motivo o caminho deve continuar. Os progressos obter-se-ão através de uma renovada determinação para traduzir em acção as convicções reafirmadas nesta Conferência, segundo as quais «todos os povos e todos os indivíduos são uma única família humana cheia de diversidade» e todos os seres humanos são iguais em dignidade e direitos. Só então, as vítimas do racismo serão livres e será garantido um futuro comum de paz.

## A MENTE, O CÉREBRO E A DERIVA NILISTA

Giorgio ISRAEL\*

Na *Monadologia*, Leibniz propõe uma confutação da tese de que o pensamento é gerado pelo cérebro com a seguinte metáfora: imaginemos que somos reduzidos às dimensões de um insecto pequeníssimo em relação ao cérebro ou, equivalentemente que o cérebro é um grandíssimo local comparado à nossa pessoa que resulta muito pequena. Poderíamos então entrar no cérebro como se ele fosse um gigantesco moinho mecânico. Poderíamos examinar pormenorizadamente o seu funcionamento, estudar as suas engrenagens, as rodas denteadas, os movimentos. É evidente, observa Leibniz, que por mais esforços que se façam nunca poderemos «ver» uma ideia, um pensamento, uma sensação. Enfim, o cérebro, enquanto objecto físico, pareceria uma máquina, se quisermos até complexa, mas cujos elementos constitutivos são objectos materiais e não pensamentos ou ideias, que pertencem a uma esfera diferente da real.

Este género de objecções foi repropoado muitas vezes no pensamento filosófico. Fazendo referência a imagens tecnológicas mais avançadas em relação àquela que vê como protótipo a máquina do relógio, Henri Bergson falou sobre o cérebro como um tipo de «departamento telefónico central», que por si só nada acrescenta

\* Professor na Universidade «La Sapienza» (Roma).

àquele que recebe e que nada tem de um aparato habilitado a fabricar representações. No seu «O homem neuronal», o neurobiólogo Jean-Pierre Changeux, confutou Bergson mencionando experiências que demonstram o paralelismo entre o movimento de um objecto e a sua percepção mental. Ele cria uma experiência em que um sujeito é colocado diante de dois objectos que se obtêm um do outro por rotação e deve assinalar o momento no qual percebe que se trata do mesmo objecto: constata-se que o tempo necessário para tal percepção é proporcional ao tempo da rotação. Mas isto - como experimentos análogos - só demonstram que no cérebro acontece algo que é materialmente correlativo ao processo perceptivo, e isto ninguém sonharia negar. Na realidade, a confutação de Changeux, baseada no paralelismo do processo de movimento, valoriza a tese de Bergson de que o cérebro é um centro de acção motora, que tem como função principal receber estímulos e transmiti-los mediante processos motores. Bergson teria podido responder a Changeux da maneira com a qual Galileu replicou a Simplicio: Vedes pois qual é a força da verdade, que enquanto vós procurais abatê-la, os vossos próprios assaltos elevam-na e valorizam-na». E além de tudo aqui fala-se de representações de objectos materiais e não de ideias abstractas - da ideia de esfera, da ideia de beleza ou de Deus. A observação de que as representações visuais mobilizam sobretudo os neurónios do hemisfério direito enquanto as ideias mais abstractas os do esquerdo, assim como as correlações entre actividades estabelecidas pelos experimentos de ressonância magnética, não só são muito genéricas, mas nada dizem acerca da origem e das modalidades de fabricação dos pensamentos.

Por quanto se procure confutar a metáfora de Leibniz e as análogas, o resultado é um insucesso. Além disso a ela opõe-se o facto de que, se fôssemos reduzidos às proporções de minúsculos insectos, não veríamos o cérebro como um moinho mecânico mas como um sistema biológico neuronal e os pensamentos pareceriam algo produzido e transmitido por neurónios e sinapses. Enfim, veríamos

a verdadeira substância física do mental e a mente desapareceria no cérebro. Todavia esta não é uma confutação, mas a afirmação de uma crença, uma profissão de fé numa ontologia materialista.

Procuramos desenvolver e reforçar esta «confutação» com referência a máquinas mais modernas, para nos convencer melhor da sua inconsistência. À primeira vista, a informática contemporânea fornece uma imagem vivida do modo como as ideias se produzem e se transmitem mediante processos físicos. Escrevo este artigo num computador que codifica os meus pensamentos e grava-os num objecto material. Envio-o à redacção do jornal. As ideias correm como impulsos eléctricos por cabos e até pelo ar. É fascinante pensar que as ondas electromagnéticas transportem no espaço conceitos abstractos. Elas chegam a outro computador que as descodifica, traduzindo o «material» enviado num conjunto de letras e palavras que a redacção poderá ler. Porventura esta não é uma representação eficaz e transparente dos processos neuronais? Certamente sim, embora estes últimos evoluam com modalidades diferentes das informáticas, porque a maior complexidade do processo nada tira ao facto de que ele tem uma natureza estreitamente material, físico-química. Entretanto é possível dizer que tal processo «produz» e «transporta» conceitos? Aqui devemos deter-nos. Talvez possa ser evidente que os transportes, mas a questão é mais complexa, porque o transporte requer uma acção decisiva: a transformação das palavras num código que permita a transmissão material e que deverá estar na posse de quem as recebe a fim de que sejam inteligíveis para ele. Este código está disponível quer para quem envia quer para quem recebe a mensagem, porque com efeito, assim foi projectado o processo informático. Mas qual é o código com o qual transformar os processos neuronais? Ninguém tem a mínima ideia de como se possa traduzir uma reacção físico-química ou uma transmissão eléctrica numa linguagem que exprima a «ideia». Enfim, não existe sequer uma vaga ideia do modo como isto possa acontecer. Se deveras estivéssemos na presença de pensamento em código seria

preciso interpelar «quem» - Deus ou o acaso? - criou o sistema de transformação das ideias abstractas em processos neuronais, como fez o homem para os programas informáticos; ou descobrir o seu segredo. Seria uma tarefa impossível porque pressuporia o que nem em física se sabe fazer, isto é, descrever de modo exacto o comportamento de cada partícula do cérebro.

Mas aqui ainda estamos nos aspectos meramente exteriores da questão, no processo de «transmissão». Se se passar para a questão da «produção» dos conceitos a situação complica-se. Entra em jogo a existência da pessoa que escreveu o artigo (e de quem o lê). Sem o autor do artigo e as «ideias» que ele «pensou» não há absolutamente nada. Mas tais ideias e o seu sentido são totalmente independentes e antecedentes ao processo da sua transmissão e elaboração material no espaço. No modelo informático considerado não há produção alguma de ideia. Exactamente como no moinho de Leibniz, é impossível distinguir alguma ideia, a não ser que não nos coloquemos «fora», no mundo de quem produziu aquelas ideias.

Enfim, estamos reduzidos à antiga teoria do *homunculus*. Para conceber um cérebro que pensa é preciso imaginar outro dos pensamentos que o cérebro se limita a manipular e a transmitir. Se se visar a uma explicação puramente material o desenvolvimento regride ao infinito. Eis porque, como disse Paul Ricoeur - no livro-diálogo com Changeux *A natureza e a regra* - a fórmula «o cérebro pensa» é insustentável e é semelhante a um oxímoro. Changeux, por quanto materialista, foi obrigado a admitir: «Evito empregar tais fórmulas».

Contudo, somos obrigados a admitir que, por muitos progressos que se tenham feito no conhecimento do que acontece no cérebro quando pensamos - e foram progressos grandes importantes e bem-vindos - estamos no ponto de partida no que diz respeito à demonstração da tese metafísica acerca do carácter material do pensamento. E há motivos para pensar que aqui permaneceremos para sempre. Com efeito, é irracional pretender que da ciência se possam descobrir

teoremas metafísicos, no caso a verdade do materialismo. É melhor aceitar a realidade como se oferece na sua evidência. E a evidência da mente não é menor do que a da matéria. Citando Bergson: «A existência da qual estamos mais certos e que conhecemos melhor é incontestavelmente a nossa, porque de todos os outros objectos temos noções exteriores e superficiais, enquanto temos de nós mesmos uma percepção interior e profunda». Portanto, melhor seria aceitar e desenvolver, na sua riqueza, as reflexões das ciências humanas, em relação ao que de modestíssimo oferecem as tentativas de as dissolver em capítulos das neurociências, acrescentando o prefixo «neuro»: neurofilosofia, neuroética, neuroeconomia, neuroestética, neuroteologia.

Seria necessário estar conscientes de que se joga aqui uma das apostas mais cruciais no confronto com o relativismo e o niilismo difundidos. De facto, o que permanece do valor objectivo e universal da moral numa neuromoral que a reduz a uma particular conformação cerebral? Nada. Os princípios morais ou éticos seriam um mero produto da evolução e, como tais, sujeitos ao processo evolutivo, ou até manipuláveis pelo homem nas formas consideradas mais oportunas. Se a ideia de um Deus transcendente fosse produto de conformações neuronais, ela seria um evento casual e suprimível, como aliás afirmam alguns neurocientistas. Naturalmente, se isso fosse verdade, e demonstrado como tal, teríamos pouco a dizer. Mas não é assim, aliás, trata-se de teses inconsistentes. Portanto, aceitá-las é só a manifestação de uma sujeição prejudicial em relação a um cientismo que age como a cavalo de Tróia do niilismo. Nem sequer nos devemos deixar intimidar pelas veementes acusações de um determinado pensamento pós-moderno em relação ao «essencialismo» da cultura ocidental, acusada de ter introduzido, com a defesa dos valores «absolutos», formas de «racismo» e de discriminação. Também esta sujeição deve ser abandonada, para que nenhum erro possa cancelar o facto de que a cultura chamada «essencialista» tenha colocado os fundamentos morais de uma sociedade baseada no respeito pela pessoa.

## RELATIVISMO E DOMÍNIO DO MUNDO\*

### A NOVA LINGUAGEM PARA DOMINAR O MUNDO

Dom Silvano **TOMASI**\*\*  
Sergio **MORA**

“*Governance*”, “*partner*”, “*gender*”, “*saúde reprodutiva*” são alguns termos de um novo vocabulário utilizado nas instituições internacionais, substituindo conceitos como “governo”, “espos(a)”, “homem/mulher”, “anticoncepção”.

Isso, combinado com uma visão extremista da “não-discriminação”, tornou-se uma ferramenta utilizada para impor ideologias contrárias ao pensamento católico e que acaba incidindo na nossa vida diária; e quando o percebemos, já pode ser tarde demais.

Este foi o tema central da conferência de Dom Silvano Tomasi - “O poder da palavra. Verdade e ideologia nos organismos internacionais” -, realizada em Roma, na sede do Centro Internacional de Comunhão e Libertação.

O problema foi exposto pelo próprio arcebispo Tomasi, núncio apostólico e observador permanente da Santa Sé junto das Nações Unidas em Genebra, e pela professora de direito constitucional na Università degli studi di Milano-Bicocca, Marta Carabia. O

\* Enviada por Sergio Mora em 18 de Fevereiro, 2011 (*ZENIT.org*)

\*\* Observador da Santa Sé na ONU

evento foi moderado pelo director do Centro Internacional, Roberto Forlan.

“Genebra é um lugar onde se gera cultura diariamente”, afirmou Dom Tomasi, lembrando que lá residem 30 mil funcionários de organismos internacionais, que realizam mais de 9 mil conferências por ano.

Para focalizar o problema, o prelado recordou o pensamento de Bento XVI sobre a ditadura do relativismo: “Uma boa parte das filosofias contemporâneas afirma que o homem não é capaz de conhecer a verdade. E, por conseguinte, o homem que não é capaz disso não poderia ter valores éticos”.

Assim, “acaba aceitando, como única referência, a opinião da maioria. No entanto, a história demonstra quão destrutivas podem ser as maiorias”, como no caso “das ditaduras impostas pelo nazismo e pelo marxismo”.

“Há duas interpretações das experiências humanas - continuou: uma baseada na realidade e outra baseada na construção de conveniências de uma realidade desejada. Esta é muito estimada pelos *manager* das organizações internacionais.”

Em contraste, “outras palavras, provenientes da tradição judaico-cristã, são excluídas e tendem a desaparecer: verdade, moral, consciência, razão, pai, mãe, filho, mandamento, pecado, hierarquia, natureza, matrimónio etc.”

Ou seja, é “um novo vocabulário, uma mistura”, que “representa uma ideologia individualista levada ao extremo e que inspira linhas condutoras dos funcionários da *governance* global”.

“A aspiração das Nações Unidas é criar uma nova ordem internacional e, para conseguir isso, cria uma nova antropologia”, como quando se fala de género, “não o dado pela natureza, mas o que o indivíduo escolhe”.

Assim, “atinge-se a própria estrutura da sociedade no que diz respeito à família”, disse.

Dom Tomasi afirmou que a visão tomista, que requer “a conformidade do intelecto com a realidade”, é substituída “por um conceito de realidade como construção subjectiva e social, na qual a verdade e a realidade não têm um conteúdo estável”.

Assim, a “aliança entre ideologia e pragmatismo é um desafio para a sabedoria cristã, que deve propor a sua mensagem de humanismo integral”, ainda que, a longo prazo, disse Dom Tomasi, “não se poderá subestimar ou simplesmente ignorar o realismo antropológico da tradição cristã”.

O moderador então perguntou sobre quem trabalha nessa linha de afastamento: “São homens malvados que se reúnem à noite, como nos filmes de James Bond?”.

Dom Tomasi afirmou que este é um processo muito complexo, “que vai além dos próprios protagonistas”. E o problema surge precisamente porque, devido ao relativismo, com uma linguagem ambígua, as pessoas buscam “conclusões e tentativas para chegar a um consenso, ‘pelo bem de todos’, dizem”.

No entanto, ele explicou: “Dizer que uma pera não é uma maçã não é uma discriminação”.

“E estas *soft law* - indicou - são transformadas em normas jurídicas. Depois, há uma nova convenção que se torna lei; e se aplica até mesmo numa cidade pequena.”

A professora Marta Cartabia, reafirmando o que foi dito por Dom Tomasi, recordou a importância da linguagem no Direito e como hoje, o tema “direitos humanos” domina a agenda das agências. E também lembrou o sucesso desse tema, juntamente com o de “não-discriminação”, como uma alternativa dividida sobre o relativismo.

Assim, com este conceito, visa-se “criar uma moral superior. Além disso, usa-se o naipe dos direitos humanos como um ás na manga e aqui a discordância torna-se impossível.” E isso transforma-se “num atalho sedutor para grupos que não conseguem encontrar aprovação em espaços normais da política”, afirmou.

Depois, existe a ambiguidade da linguagem, desde a Conferência de Pequim, com a “discriminação de género”, que não teria a ver com um facto biológico, mas apenas com a interpretação de um papel que a pessoa quer protagonizar.

Nesta linha, recordou como hoje, na Espanha e na Alemanha, “podem solicitar uma mudança de sexo garantida pela lei - independentemente das características físicas -, com um procedimento tão banal como ir a um cartório”.

E perguntou-se: “Como se pode defender a mulher, se o papel é apenas optional?”.

“Ainda que às vezes isso não pareça frustrante, é essencial mostrar a mentira”, especialmente “se podem ser usados caminhos positivos.” E visto que “essa ideologia se separa da realidade”, concluiu que “provavelmente a única via transitável é citar a experiência como um argumento válido”.

Branca



**NOTÍCIAS  
E  
COMENTÁRIOS**

Branca



## TWIBLINGS: A ÚLTIMA NOVIDADE EM PROCRIAÇÃO ARTIFICIAL\*

D. Antonio Augusto Dias DUARTE\*\*

Uma novidade nem sempre corresponde a uma nova realidade dentro do plano criador de Deus. A criação é, segundo a revelação bíblica que fundamenta a fé católica, um momento de descobrimento do grande e sempre novo achado: a paternidade de Deus.

Criar é um acto amoroso, paterno e divino, pleno de sentido para o ser criado e para toda a natureza, principalmente para o ser humano e para a sociedade humana.

A verdadeira e perene novidade que assombra o mundo é a participação profunda e autêntica do homem e da mulher na paternidade de Deus. Ser pai e ser mãe transcende, eleva-se, ultrapassa todas as dimensões biológicas e técnicas da procriação artificial, e não porque faltem essas dimensões dentro do processo de transmissão da vida, mas porque a paternidade e a maternidade projectam as pessoas para a dimensão única e original do ser humano, que é a sua autêntica identidade.

Um filho tem a sua identidade pessoal formada e amadurecida quando as identidades dos seus genitores mantêm-se puras e inquestionáveis.

Recentemente a mídia internacional noticiou o nascimento de um casal de gémeos, cujo nascimento deu-se num intervalo de cinco dias. Essas crianças nasceram de duas mães que alugaram seus úteros para a mulher que desejou ser mãe depois dos 41 anos,

\* Texto recebido em 24 de Fevereiro de 2011 (ZENIT.org)

\*\* Bispo Auxiliar do Rio de Janeiro

quando decidiu pelo casamento após uma carreira profissional cheia de sucessos.

Depois de seis tentativas de fertilização artificial com transferência de embriões concebidos para o seu próprio útero, mas que morriam prematuramente, essa mulher de sucesso concebeu uma estratégia para ter a certeza do seu êxito gestacional.

Conseguiu uma doadora de óvulos, garantiu os espermatozóides do seu marido, alugou duas barrigas para a gestação do “**twiblings**”, termo composto pela palavra **twin** (gémeos) com a palavra **sibling** (irmão), e a estratégia gestacional alcançou o seu sucesso laboratorial e económico.

A mulher que doou os seus óvulos comprou um carro *zero* com o dinheiro que recebeu. As **locadoras** do corpo para a gestação, casadas e com filhos, cujos maridos aprovaram o **negócio** feito através de uma agência promotora desses **encontros de barrigas de aluguer**, comprometeram-se a amamentar com seu leite os **irmãos** portadores do mesmo material genético e com a diferença temporal de nascimento.

O sucesso gestacional foi conseguido, mas existem várias questões que não se levantaram durante toda essa negociação. Uma mãe é a educadora, outra **mãe** é a doadora dos óvulos, outras duas **mães** são as gestantes e uns homens são os **espectadores** dessa última novidade em matéria de procriação artificial.

Os filhos quem são em todo esse processo? Como esses irmãos gémeos vão reagir ao serem interrogados sobre as suas identidades pessoais? De quem são filhos realmente? Quais serão os impactos psicológicos decorrentes dessa busca insaciável de êxito gestacional?

Quando se perde a noção de participação no poder criador de Deus, perde-se também a noção da paternidade e da maternidade autênticas e, conseqüentemente, vai-se transformando a procriação numa delegação substitutiva.

Sem perder de vista a legitimidade do desejo de serem pais, e compreendendo todo o sofrimento decorrente da infertilidade, entretanto, não se pode deixar de considerar a dignidade da procriação humana.

Nela não ocorrem apenas uniões de gâmetas, nem sequer um processo gestacional em qualquer barriga, mas nela acontece o acto pessoal mais significativo para uma família.

O acto pessoal do casal homem-mulher que se abre certamente a um fenómeno biológico cada vez mais conhecido, também e principalmente se abre seguramente a um fenómeno humano muito mais significativo, que é o da individualização do filho e, conseqüentemente, o fenómeno da socialização da pessoa **em** e a **partir** da sua **família**.

A novidade do twiblings pode tornar-se corriqueira e não chamar mais a atenção da mídia; entretanto essa forma de ter filhos tão desejados vai introduzir na humanidade o fenómeno mais antissocial e mais confuso que se pode pensar: a despersonalização da família.

Uma família despersonalizada criará uma sociedade desestruturada, e uma sociedade desestruturada causará um mundo desequilibrado, onde os seres humanos passarão a ter os seus valores considerados a partir de êxitos ou fracassos ocorridos nos negócios onde cada pessoa será um produto de última, penúltima ou antepenúltima geração. Será esse o mundo que Deus criou e confiou à humanidade para que descobrisse todas as maravilhas presentes nele?

Essa resposta e as demais que devem ser dadas às questões acima levantadas sobre a identidade dos bebés gerados artificialmente reclamam da sociedade actual a atitude aberta à verdade sobre o homem e a mulher como corresponsáveis com Deus pela vida humana e o amor sincero pelas crianças, criaturas que merecem muito respeito pelo direito fundamental de serem criadas através do acto mais humano e divino, que é o da doação interpessoal no matrimónio.

## CRESCER A PEDOFILIA, INCLUSIVE A CULTURAL\*

Mirko TESTA

### *Só em 2010, 70 mil abusos contra crianças de 0 a 12 anos*

Por um lado, as redes sociais estão cada vez mais atentas à praga da pedofilia, mas, por outro, estão aumentando exponencialmente o fenómeno da “pedofilia cultural”, favorecida por novos “paraísos da pedofilia” como Tuvalu e a Líbia.

O dado consta no Informe 2010 sobre a pedofilia e a pedopornografia, divulgado pela Associação Méter, fundada e presidida pelo padre italiano Fortunato di Noto para combater os abusos contra menores. O informe foi apresentado nesta quarta-feira em entrevista colectiva na sede da Rádio Vaticano, em Roma.

O evento contou com a presença do director da assessoria de imprensa e da emissora pontifícia, Federico Lombardi, que afirmou: “Sabemos como foi debatido o abuso sexual contra menores, como a Igreja se viu envolvida pelos motivos que já conhecemos. A actividade da Associação mostra que a Igreja está comprometida contra os abusos sexuais, em todos os âmbitos, inclusive as novas formas desse terrível drama na nossa sociedade”.

### **Vítimas com rosto**

O informe reúne os dados de 2010, levantados mediante uma atenta monitorização da internet feita graças ao acordo de cooperação assinado em 2008 entre a Associação e a Polícia Postal italiana, que

\* Enviada de Roma em 18 de Março de 2011, por ZENIT.org

permitiu investigações na Itália e no mundo e resultou em numerosas prisões por exploração sexual de menores.

Os números apontam 69.850 vítimas de abusos durante 2010. Todas são crianças em idade pré-púbere, de no máximo 12 anos de idade, contadas pela primeira vez uma por uma durante a monitorização da rede e a partir das denúncias de *sites* pedopornográficos.

O informe aborda também o problema ainda mais alarmante da infantofilia, do qual, observa Di Noto, “a imprensa fala raramente, ou quase nunca”. Este fenómeno tem como alvo crianças de 0 a no máximo 2 anos. A denúncia abrange material fotográfico e de vídeo em que menores são gravados em cenas de forte carácter erótico ou mesmo em actos sexuais explícitos.

“As violências sexuais perpetradas são trágicas, indescritíveis, e são detectáveis com frequência em contextos familiares e criminais. Há casos de *sets* fotográficos montados de propósito, até dentro de barracos. Detectamos também violências a que as crianças são submetidas junto com animais. Tudo isso atrás dessa absurda violência sexual, cega e bestial”.

O alarmante fenómeno reflecte-se em números que indicam alto crescimento. Entre 2003 e 2010, foram identificados 689.394 *sites*. Só em 2010, foram 13.766, entre *sites*, redes sociais, serviços de troca de arquivos de foto e de vídeo e listas de e-mail com envio de conteúdo de pedofilia. Em 2009 tinham sido 7.240. O aumento foi praticamente de 100%. 96% do tráfico desse material ocorre em *sites*, enquanto os 4% restantes se valem de redes sociais (2,28%), serviços de troca de fotos e vídeos (1,51%) e listas de e-mail (0,16%).

“O site pessoal”, explica Di Noto, “ainda é o instrumento preferido pelos pedófilos, que em geral usam domínios genéricos (80% dos casos), como info.com.net. Domínios aparentemente inócuos, mas que escondem fotos e vídeos de crianças violentadas. Nos outros 20% dos casos, temos domínios específicos, procedentes de áreas geográficas muito determinadas”.

Se as denúncias diminuíram na comparação com 2009, aumentou o número de *sites* denunciados. As referências italianas, inscritas em redes sociais e similares, eram 51: agora são 65. Crescem também as denúncias através do fórum da Méter, que passaram de 560 para 889, indicando “uma consciência mais desenvolvida, uma sensibilidade nova dos cidadãos da rede”.

### “Pedofilia cultural”

Cresce, além disso, a “pedofilia cultural”, ou a proliferação de sites em que o abuso e a violência sexual contra os menores são mostrados como se fossem uma “livre escolha” que “ajuda as crianças a crescerem”, ideia que tenta escusar-se num assim chamado “retorno aos nobres costumes da Grécia antiga”.

Em 16 de Março, após anos de contínuas denúncias da Associação Méter, começou a primeira operação internacional contra os “pedófilos culturais”, expressão cunhada por um lobby que procura fazer a pedofilia passar por facto “natural e normal”.

Sobre o tema, manifestou-se também Antonino D’Anna, que, junto com Di Noto, escreveu *Corpi... da gioco (Corpos... para brincar*, ainda sem tradução em português), publicado pela LDC em 2010. O jornalista citou como exemplo o nascimento em 2006 do partido holandês “Amor ao próximo, liberdade e diversidade” (NVD), primeiro partido declaradamente pedófilo, que conseguiu concorrer em eleições políticas antes de ser dissolvido em 2010 e que propunha em seu programa diminuir a idade do consentimento sexual para os 6 anos.

Também foram mencionados na entrevista a “Jornada do orgulho pedófilo”, celebrada em 25 de Abril juntamente com o *Alice Day*, dedicado ao “amor pelas meninas”, e o *Boylove Day*, que é dedicado ao “amor pelos meninos” e celebrado em 23 de Junho e em Dezembro.

“O problema”, afirmou Antonino D’Anna, “é que cresce em muitos pedófilos a presunção da impunidade, que chega a virar uma

certeza”, tanto que em 2010 a Associação denunciou fotos e vídeos com 32 abusadores (mulheres incluídas) que não se intimidaram em mostrar o rosto. “O pedófilo”, explicou D’Anna, “é um doente lúcido, que tem a capacidade de viver essa experiência achando-a normal”. Se em 80% dos casos as vítimas são as meninas, em 78% dos casos os abusadores são homens. E, contrariamente ao que se afirma, a maior parte deles não tem um passado de abusos sexuais.

“Isto muda a perspectiva”, afirma o fundador da Associação Méter. “Deveríamos fazer um discurso a céu aberto sobre o homem e sobre como ele é educado: qual é a sua relação com a mulher? Qual é a sua relação com o sexo e com a sexualidade?”.

### **Redes sociais mais seguras**

Boas notícias sobre outras frentes: diminuem as denúncias contra as redes sociais, que passam de 851 para 315. “Neste caso – prosseguiu Di Noto – a diminuição deu-se graças ao controle que os gestores das redes sociais realizaram”.

Caem também as fotos e vídeos: em 2009, os pedófilos serviram-se das redes sociais para carregar 29.250 fotos; em 2010, foram 9.750. Os vídeos passaram de 2.607 em 2009 para 896 no ano passado.

### **«Peer-to-peer»**

Frequentemente, no entanto, os criminosos fazem uso do *file sharing*, o *peer to peer*, quer dizer, a troca interpessoal de material. Foram denunciados 209 arquivos que continham 111.692 entre imagens (99%) e vídeos (1%) de crianças abusadas. “Produtos rápidos, velozes de comercializar e entregar – explicou Di Noto –. O *peer-to-peer* é cómodo para os pedófilos e também rentável: 70% das investigações referem-se à posse, produção e divulgação de material pedopornográfico”.

### **Líbia, oásis da pedopornografia**

Em relação à localização dos servidores que gerenciam o tráfego de material pedopornográfico, 57% dos casos se encontram em países

européus, 38% na América, 4% na Ásia, 0,4% na África e 0,27% na Oceania. Na África, 100% dos domínios denunciados estão na Líbia. Na América, 94% são nos EUA. “Na Europa – ilustrou Di Noto – 99% dos domínios estão na Rússia. Na Ásia, 50% estão em Hong Kong.”

Isso demonstra que onde não existe uma legislação adequada para lutar contra a divulgação de material deste tipo, o único instrumento em que se pode confiar é pedir ao provedor de servidores que escureça as imagens criminosas. Este trabalho complica-se na Rússia e nos EUA, por exemplo, que oferecem plataformas de serviço de anonimato, para onde confluem milhares de sites capazes de escapar dos controles.

### **A resposta**

Em 2002 a Associação do padre Fortunato Di Noto criou na Itália um contacto de denúncia nacional, que desde então até 2010, recebeu 21.035 ligações de emergência, além de oferecer consultas telefónicas. Quem ligou obteve informações sobre adopção, custódia, denúncias suspeitas, mas também assistência psicológica, jurídica, denúncias, assistência espiritual.

A Associação apoia também projectos no Paraguai, Congo e Roménia, pagando advogados e psicólogos para dar uma identidade às chamadas “crianças invisíveis” e assegurar-lhes uma via terapêutica. Na Itália, também auxilia na parte civil dos processos, oferecendo apoio económico, já que as vítimas não contam com a assistência gratuita de um fundo.

Existe também um centro de escuta e de primeiro acolhimento, que em 2010 acompanhou e proporcionou ajuda concreta a 862 crianças, aceitou também pedidos de conversas da parte de pedófilos, e enfrentou novos problemas emergentes como a perseguição online.

Também é importante o aspecto ligado à prevenção, formação e informação que a Associação tem levado adiante, mediante 68 congressos e encontros centrados principalmente em fenómenos ligados à internet, mas também através da presença em escolas.

Entre 2002 e 2009, a Associação visitou 184 institutos. Em 2010, falou com 1.722 alunos, para conhecer os seus costumes no uso do computador. Dessas pesquisas, soube-se que 62% dos jovens já tinham recebido convite para se encontrar com pessoas conhecidas por meio da internet.

### **Junto da Igreja**

Segundo Di Noto, a Associação está “ao serviço da Igreja, do Papa, dos bispos e das dioceses, no que diz respeito à pastoral com os pré-adolescentes, os jovens no âmbito educativo e no acompanhamento nas novas formas de exploração e abuso”.

Entre 2009 e 2010, a Associação foi convocada pela Conferência dos bispos de língua inglesa no Vaticano, em representação da experiência associativa como modelo de serviço à infância contra a pedofilia.

### **Vigário episcopal para as crianças**

Durante a conversa com a imprensa, Di Noto falou de sua proposta de instituir um “vigário episcopal para as crianças” dentro das dioceses, para dar um “sinal claro e evidente de como a Igreja ama as crianças”.

“Frequentemente me pergunto – confessou – por que nos conselhos pastorais das paróquias, ou nas dioceses, existe a pastoral juvenil, mas não a das crianças. Portanto, deveríamos reinventar a nossa forma de realizar o trabalho pastoral”.

Para Di Noto, o verdadeiro desafio é permitir “às vítimas que tinham perdido a esperança de sair do túnel do silêncio e voltar a encontrar a sua dignidade. Dignidade que foi obscurecida precisamente por aqueles que mais que qualquer outro deveriam protegê-las e amá-las: pais e educadores”.

Nessa problemática, “ninguém deveria ficar em silêncio. Todos deveriam sair e fazer uma revolução cultural”, disse.

(na internet: [www.associazionemeter.org](http://www.associazionemeter.org))

## «ACÇÃO MÉDICA» HÁ 50 ANOS

O primeiro artigo deste número 99 (Janeiro a Março de 1961) intitula-se “A espiritualidade do médico e a vida profissional” e tem a particularidade do seu autor, Gregório Neves, ser médico e sacerdote. Trata-se de um interessante e original contributo, em que se procede à análise do valor e papel do trabalho (clínico, mas também de estudo e de investigação), confrontando-o com o valor da oração, para defender uma proximidade quase simbiótica entre um e outro destes pólos da vida cristã. Mostrando estar a par dos propósitos avançados pela psicanálise, chama a atenção para a necessidade de superar traumas, perdas e ofensas, apelando para a caridade, que faz esquecer agravos e complexos e concede ao trabalho a característica transcendente de uma medicina de corpos e almas.

O Professor João Porto trata de “técnica e especialização médica”, mostrando que a crescente especialização veio modificar todos os aspectos, doutrinários e práticos, da medicina. Destaca os reflexos da especialização no progresso médico, na investigação versus medicina tradicional, na saúde e vida do doente, na assistência (com seus aspectos económico-sociais) e no humanismo e cultura médica. No seu cuidado estudo, o Autor não tem dúvida em apontar as vantagens da especialização no progresso do conhecimento, na assistência mais esclarecida, no estímulo à investigação científica. Mas reconhece também que a especialização trouxe inquietações e prejuízo mesmo: a aceitação não crítica das novidades técnicas, a limitação do conhecimento médico geral, a crença nas possibilidades ilimitadas da técnica, o inevitável encarecimento dos serviços prestados (experimentado pelo doente ou pelo Estado) e, sobretudo, o considerável risco de deshumanização, por perda da confiança e intimidade que a relação médico – doente tradicional permite: mesmo o melhor especialista, se não tiver uma visão abrangente do Homem

“nas suas misérias e nas suas aspirações; se não souber apreciar o que é bom, belo, justo; se não possuir em si o conjunto de valores” não poderá ser um bom médico, por não abranger o doente na sua totalidade de psique e soma. Hoje, com a micro – especialização que já fragmenta algumas especialidades, estas considerações tornam-se ainda mais pertinentes.

Um curioso trabalho de Luís António Vaz Tecedeiro, que se intitula médico rural, trata da “Assistência hospitalar rural”. Embora muitas das suas considerações estejam, obviamente, datadas e seguramente se não apliquem à realidade de hoje, a verdade é que nos fornece indicações preciosas sobre a prática da medicina em áreas rurais, sobre os hospitais das misericórdias e a necessidade da sua re – estruturação, sobre a praxis do médico rural, sem se esquecer o papel do enfermeiro e a responsabilidade das autoridades de saúde. Faz pensar este trabalho e é certamente interessante a sua leitura, que se recomenda, por não ser possível resumir aqui as três dezenas de páginas que ocupa.

Igualmente impossível seria resumir o artigo que fecha este número da nossa Revista, “Problemas morais em ginecologia”, da Dr<sup>a</sup> Ana Rosa Almeida. A nota de fundo de página diz-nos que se trata da dissertação de licenciatura da Autora, apresentada à Faculdade de Medicina do Porto. É trabalho abrangente, que inclui aspectos como a educação sexual, o certificado pré – nupcial, a psicossomática e a ginecologia, a limitação da natalidade, a inseminação artificial, as intervenções cirúrgicas sobre os órgãos genitais e até a prostituição. De escrita leve e escorreita, lê-se com agrado.

*Walter Osswald*

## JOAQUIM PINTO MACHADO

As linhas que se seguem não pretendem constituir um resumo da luminosa carreira académica e humana do Professor Pinto Machado, nem sequer uma homenagem à sua memória. São apenas uma evocação da figura e do rasto de um grande português, de um extraordinário mestre da medicina e de um humilde cristão.

Como professor de Medicina, Pinto Machado ensinou conscienciosamente, competentemente, dedicadamente alguns milhares de estudantes; tratou-os com respeito e avaliou-os com justiça. Preocupou-se em perceber como devia ensinar com excelência e pôs em prática as orientações que aprendeu. Apaixonado pelo ensino, não se ficou pelos terrenos das áreas que lhe eram familiares, a Anatomia e a Embriologia; antes se dedicou à construção de um currículo que configurasse o ensino e a aprendizagem da medicina toda e de toda a medicina. Ao longo de muitos anos, apresentou, reclamou, insistiu, instou – até que pode ver nascer o curso de Ciências Médicas que é a concretização do seu sonho e que singularmente enobrece a Universidade do Minho. Em boas mãos, as dos seus discípulos e colaboradores, está garantida a sua continuidade, sob a tiara e obrigação de exigência, qualidade e humanismo.

Ainda como professor, Pinto Machado investigou, no Porto e em Paris, viu, descreveu, publicou: cumpriu com uma das tarefas que impendem sobre o universitário.

Mas a sua escrita não se limitou à elaboração de trabalhos científicos apreciados pelos seus colegas da comunidade internacional nem à de artigos de análise, de crítica e de proposta versando temas do ensino médico (na revista especializada que lançou, única em Portugal e invulgar no panorama mundial). Muito novo ainda começou a escrever editoriais no semanário (extinto há muito) que singelamente se intitulava “O Médico”. Os seus breves e cintilantes

textos, originalíssimos e testemunhando a liberdade plena que sempre para si reivindicou, glosavam os mais variados assuntos, geralmente não médicos mas bastas vezes relacionados com a ética médica, a deontologia, as condições sociais do exercício da profissão... Nunca mais deixou de escrever e seria altamente compensador o trabalho de reunir em volume alguns dos seus intemporais depoimentos.

Homem livre, assumiu com serenidade a responsabilidade que o exercício livre lhe impunha. Foi a obrigação moral que o levou a participar na vida pública, como subsecretário da Educação e como Governador de Macau: sempre vertical, incorruptível, dadivoso de capacidades e dons ao serviço do bem público. Firme de convicções, tolerante quanto aos dos outros, capaz de se indignar com a desvergonha e o peculato, Pinto Machado tinha a serenidade de quem está de bem consigo e com os outros. Foi neste estado de espírito que encarou o diagnóstico de uma patologia que não lhe daria muitos meses de vida; foi com equanimidade que disse aos seus amigos que se submeteria a quimioterapia apenas para eventualmente viver mais uns poucos meses, de modo a que sua mulher se pudesse adaptar com menos sofrimento.

Joaquim Pinto Machado era mais novo que eu e foi meu aluno; mas quando eu tinha dúvidas sobre temas de moral católica, ia ao seu gabinete de jovem assistente de Anatomia para ouvir a sua sempre claríssima e completa visão dos problemas. É certo que não tive nunca intimidade com ele: não nos visitávamos nem celebrávamos juntos; mas poucos amigos tive como ele, poucos me faltam tanto. O Joaquim morreu no mesmo dia que meu irmão Wilhelm, também médico, também professor de Medicina; e eu, guardadas as naturais diferenças que emergem da intimidade e do afecto, junto-os na evocação saudosa que aqui fica.

Afirmei que o Pinto Machado era grande, grande como português e como mestre da medicina. Ficam acima aduzidos os aspectos em que se fundamentam estas asserções.

Também disse que era um humilde cristão, o que corresponde comprovadamente a atribuir-lhe grandeza também no aspecto religioso. Estudava, escrevia, conhecia a Bíblia como livro ao qual sempre voltava e que cuidadosamente anotava; vivia a transcendência com esperança. Tendo dado testemunho de profissional competente e dedicado, de cidadão livre e responsável, de marido, pai, avô, parente disponível e oblato, tinha todas as condições para ser um humilde cristão, que é como quem diz um maravilhado discípulo de Jesus Cristo.

*Walter Osswald*

## MARIA FRANCISCA MIRANDA GUEDES AGUIAR

Em 18 de Março de 2011 morreu a Senhora D. Maria Francisca, colaboradora inextinguível da Acção Médica durante longo anos, juntamente com o seu marido, o Sr. Dr. Augusto Bianchi de Aguiar, também falecido há poucos anos. Casal exemplar em tantos sentidos, representaram um pilar importante na organização da nossa Associação dos Médicos Católicos Portugueses e desta revista, com a sua dedicação animada de muito fortes convicções espirituais. Continuamos a contar com a Sra. D. Maria Francisca e com o Sr. Dr. Bianchi, com a sua intercessão por nós.

*Ana Sarmento*

## FALECEU UM HOMEM DE DEUS

Dia 27 de Outubro de 2010, Quarta-feira, pelas 21H15, faleceu o Dr. Rogério Leitão.

A notícia, apesar de esperada, caiu como uma nuvem escura no nosso pensamento. Quando um Homem desta dimensão nos deixa, o primeiro sentimento é de uma enorme tristeza, duma profunda saudade. Quando caímos em nós, conforta-nos a certeza de que o “nosso Dr. Rogério” voltou para o Pai.

Tivemos a felicidade de, nestes últimos trinta anos, termos estado muito perto do Dr. Rogério. A sua entrega exemplar, a sua permanente, generosa e humilde disponibilidade para se dedicar ao Serviço constituíram, para todos os que com ele tiveram a graça de privar, um enorme estímulo.

Homem simples, de trato agradável, metucioso, organizado, tornava cada tarefa em que nos envolvia num agradável dever de Servir a Igreja.

Recordamos com reconfortante saudade, a forma como impulsionou a fundação do Núcleo da Diocese de Aveiro da Associação dos Médicos Católicos Portugueses. Desde a primeira hora a sua presença gentil, eficaz, rigorosa e pontual, marcou toda a acção deste Núcleo. Esteve presente em todas as actividades organizadas, desde as Jornadas às campanhas de sensibilização às populações, das reuniões da Direcção, a que sempre pertenceu, às Celebrações, em que a sua voz clara e forte nos apontava permanentemente o caminho do Alto.

Podemos dizer que, por vezes duma forma discreta – de acordo com a sua maneira de ser, outras vezes com o seu entusiasmo e dinamismo contagiante, foi sempre o nosso guia seguro. Sereno e tranquilo, transmitindo sempre a certeza da presença do Senhor com quem agora se encontra.

E ao Senhor queremos agradecer, de todo o coração, a generosidade de nos ter dado o Dr. Rogério.

Aveiro, Outubro de 2010.

*Núcleo de Aveiro, AMCP*

## WILHELM LUDWIG OSSWALD

Membro da AMCP, morreu no dia 14 do passado mês de Março.

Foi um Homem completo. Médico competente, dedicado, convicto, entusiasta, humano. Professor carismático. As suas aulas foram das mais atraentes que tive nos 6 anos em que fui aluno da Faculdade de Medicina do Porto. Era impossível não se estar atento. Ilustrava os vários temas da disciplina de Dermatologia com muitas histórias da sua vida clínica, muito ricas sob o ponto de vista médico e humano, às vezes dramáticas, mas a maior parte das vezes muito engraçadas. Ao seu sentido de humor associava-se uma grande bonomia. Tive a sorte de o ter como amigo. Em todas as outras facetas da sua vida, a começar por casa, era o mesmo: bondoso e simples enchendo de alegria os sítios onde estava. Continuará no Céu a dar bem estar aos que o rodeiam.

*António Sarmiento*



## ACÇÃO MÉDICA

N.º 1 - 2011

## RESUMOS

**ABERTURA: Liberdade e relativismo – J. BOLÉO-TOMÉ** ..... 3

Com base nos *princípios de Belmont*, organismos internacionais e Estados têm vindo a transformar em leis ou “directivas”, interpretações abusivas desses princípios. Com a ajuda de grupos de pressão, e de acordo com a conveniência do momento, são transformadas ideias desviantes, absurdas ou mesmo destrutivas em conceitos de modernidade e de progresso. Aborto, eutanásia, manipulação genética, são apenas sintomas, a que se juntaram mais recentemente as “teorias do género”, impostas nos programas escolares. A Liberdade... que lugar ocupa, afinal?

**O médico perante a vida e a morte – Armando PORTO** ..... 5

A vida humana integra o sofrimento que tem necessariamente um componente orgânico e um componente existencial. Ambos fazem parte da essência da própria natureza humana. A vida é um caminho que só pode ser percorrido em verdade em nome de uma ideia de Homem, de si próprio e de uma certa noção de felicidade. O objectivo da nossa vida não é apenas o de não sofrer, mas o de viver o máximo e em plenitude. Só há felicidade autêntica numa relação venturosa com a Verdade última e definitiva.

**Algumas questões éticas em unidades de tratamento intensivo – Alexandre LAUREANO SANTOS** ..... 16

Refere-se brevemente a convergência dos factores que conduziram à concepção actual das unidades de tratamento intensivo. São constituídas por equipas de médicos, enfermeiros e técnicos treinados em reanimação instaladas em meio hospitalar com o equipamento adequado com o objectivo de avaliar continuamente as funções dos órgãos vitais e reconhecer precocemente os seus desvios, de tal modo que estes possam ser prontamente corrigidos antes de haver alterações irreversíveis e incompatíveis com a vida. As questões fundamentais de ordem ética podem agrupar-se: a) dificuldades na concretização dos direitos dos doentes; b) organização interna e tomadas de decisão; c) estabelecimento de vias de comunicação; d) o reconhecimento dos desejos e dos valores dos doentes de acordo com a sua situação.

**Os velhos do Restelo, os jovens turcos e a eutanásia – J. CARDOSO DA SILVA, Walter OSSWALD** ..... 33

Os AA. sintetizam em oito pontos os factos e as ideias relacionados com a última etapa da vida. A sua longa e rica experiência permite-lhes afirmar que não existe qualquer razão ética ou médica para aceitar a eutanásia, mesmo a pedido do próprio. Os cuidados paliativos são hoje eficazes e os doentes necessitam, isso sim, de ser rodeados do carinho e apoio psicológico cuja falta tantas vezes os leva ao desespero.

**A morte cerebral – Roberto de Mattei** ..... 37

A propósito do livro *Finis Vitae. A morte cerebral é ainda vida?* o Autor chama a atenção para alguns factos esquecidos e que levam a conclusões diferentes: 1º - a irreversibilidade da perda das funções cerebrais não prova a morte do indivíduo; 2º - poucas horas depois da paragem cardio-circulatória inicia-se o *rigor mortis* – o indivíduo é cadáver; 3º - um indivíduo em estado de coma irreversível pode ser conservado em vida com meios artificiais – um cadáver não pode ser reanimado. É a partir destes factos que se deve discutir a morte do indivíduo.

**Alimentação artificial e obstinação terapêutica – Congr. para a Doutrina da Fé ...** 42

A Conferência Episcopal dos Estados Unidos fez duas perguntas relacionadas com a obrigação moral de manter a alimentação e hidratação artificiais em estados terminais. O texto de resposta é acompanhado de um comentário em que são analisados os problemas e questões que se têm posto em situações limite.

## TEMAS ACTUAIS

**• A pobreza em Portugal – P. Moreira JARDIM** ..... 53

A pobreza em Portugal é ainda um problema de desenvolvimento, com enormes desequilíbrios regionais e sociais. Uma das características deste tipo de pobreza é a existência de um diferencial entre a taxa de pobreza e o desemprego, porque ter emprego não significa estar livre da situação de pobreza: basta dizer, como exemplo, que 11% dos trabalhadores entram na categoria de pobres. O Autor aponta as causas desta situação, salientando aqueles a que chama «os novos pobres». Aponta em seguida o designa como «proposta para um novo contrato social, em que o culto e a defesa dos valores ocupam lugar destacado.

**• Racismo e pobreza: combinação destruidora – Mons. Silvano TOMASI** ..... 62

Hoje a globalização une as pessoas, mas esta proximidade física, intensificada pelas tecnologias da informação, não se traduz num culto da fraternidade e entre-ajuda. Na verdade, os estrangeiros e os que são olhados como diferentes continuam a ser rejeitados, por vezes de forma violenta. As

antigas formas de exploração, como a escravatura, deram lugar a outras, por vezes mais bárbaras e terríveis: o tráfico de mulheres e crianças atingiu proporções difíceis de imaginar. A actual crise económica veio revelar que existem erros profundos, podendo-se afirmar que, principalmente, quando o racismo de qualquer natureza se entrelaça com a pobreza, formam uma combinação mortal. É preciso lutar contra situações destas, através de uma educação integral que inclua os valores éticos e espirituais. Só assim as leis ou directivas poderão ser eficazes.

• **A mente, o cérebro e a deriva niilista** – Giorgio ISRAEL ..... 69

Será que a origem e a fabricação dos pensamentos são apenas uma questão de neurónios? Nesse caso as reflexões das ciências humanas seriam como que “dissolvidas” em capítulos de diversas neurociências, que incluiriam, por exemplo, uma neurofilosofia, uma neuroética, uma neuroteologia, etc.. Este é o caminho pretendido pelo relativismo e pelo niilismo que vão sendo difundidos. É claro que, com este absoluto domínio neuronal, os princípios morais e éticos seriam um mero produto da evolução, manipuláveis de qualquer modo. Trata-se de teses inconsistentes que não nos devem intimidar pois a Pessoa, sem Transcendente, nada é nem pode ser.

• **Relativismo e domínio do mundo** – Silvano TOMASI, Sérgio MORA .... 74

Na ditadura do relativismo considera-se que o homem é incapaz de conhecer a verdade; por isso não pode ter valores éticos. A aspiração dominante na ONU é, por isso, criar uma nova Ordem Internacional, em que a própria antropologia já nada tem a ver com a natureza, porque depende da escolha aleatória de cada um. Não admira que a estrutura da família seja posta em causa e que toda a linguagem, transposta para *directivas*, seja ambígua, baseada numa suposta não discriminação, que à partida discrimina e põe de parte os próprios valores da vida.

Branca

## NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS

• **“Twiblings”**: a última novidade em procriação artificial – D. António DUARTE ..... 81

(comentário sobre o nascimento de gémeos, com uma doadora de óvulos, os espermatozóides do marido e duas “barrigas de aluguer”)

• **Cresce a pedofilia, mesmo a cultural** – Mirko TESTA ..... 84

(em 2010 a polícia italiana identificou mais de setenta mil abusos sexuais em crianças, desde alguns meses de idade até aos doze anos. É um fenómeno alarmante que tem vindo a difundir-se juntamente com a homofilia)

• **«Acção Médica» há 50 anos** ..... 90

• **Orbituário** ..... 92

**NOVOS ASSOCIADOS**

Foram admitidos como novos associados:

- Dra. Marisol da Silva Nogueira — Salreu
- Dra. Heidy Cabresa Pinesos — Guarda
- Dr. Nuno Miguel Alexandre de Sousa — Coimbra
- Dr. Iurie Pantazi — Guarda
- Dr. Manuel Cândido Afonso Pereira — Guarda
- Dra. Maria Helena Marques Gonçalves — Gouveia
- Dr. Mário Leonel Alves Couceiro da Costa — Guarda
- Dr. António Nunes Lopes — Guarda
- Dr. José Luís Teixeira Barreiros — Guarda
- Dra. Irene Delgado Benito — Guarda
- Dra. Sónia Isabel Barbosa Bispo — Guarda
- Dr. João José Santiago Alves Correia — Guarda
- Dr. Luís Manuel de Matos Silva Ferreira — Guarda
- Dra. Isabel Natividade Carvalho Coelho Cruz Antunes — Guarda
- Dr. Luís Pedro Sousa Ferreira Teixeira — Coimbra
- Dra. Maria Del Carmem Taborda Mello — Guarda
- Dr. José Manuel Martins Valbom — Guarda

Branca