





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

ANO LXXVII, Nº 3

SETEMBRO 2013

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: 750 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 (mfimleal@gmail.com)

NÚCLEOS DIOCESANOS (PRESIDENTES)

Aveiro: Jorge Rodrigues Pereira

Braga: Maria Emília Duarte Oliveira

Coimbra: Augusto Pinto

Faro: Santos Matos

Guarda: Víctor Santos

Lisboa: Sofia Reimão

Porto: Manuel Pestana Vasconcelos

Viana do Castelo: Avelino Gomes Amorim

Viseu: João Morgado

SUMÁRIO

ABERTURA: Doentes e custos J. Boléo-Tomé	5
Servir a Verdade José Rueff	9
Fé e Ciência ao serviço da Vida Humana Josef Glasa	17
O Médico e a Cultura A. Laureano Santos	33
Bioética em Saúde e as responsabilidades do Estado Social Daniel Serrão	47
Serviço Nacional de Saúde: sustentação estrutural e financeira Pedro Esteves	61
Doentes mentais na Madeira Aires Gameiro	67

TEMAS ACTUAIS

• Demografia: explosão ou implosão? John Flynn	73
• Laicismo e ateísmo intolerante Cláudio Fonteles	78

NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS

• A ética abortista	85
• Família, homossexuais e a 2ª «manif pour tous»	89
• Homossexualidade e os supostos “direitos”	92
• Genoma Humano e patentes	95
• «Acção Médica» há 50 anos (Walter Osswald)	97
• Erratas	99

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 €

ABERTURA

DOENTES E CUSTOS

Será a Medicina actual responsável pela subida em flecha dos custos de um sistema de saúde, tal como é desejado hoje?

Esta é a pergunta que vem sendo feita e que acaba de ser colocada de modo quase provocatório por uma médica francesa, especialista em Neurocirurgia, Anne-Laure Boch¹.

São quatro os mecanismos apontados por Boch que vêm transformando a Medicina moderna, tornando-a geradora de situações insustentáveis: a criação de “incidentes” em patologias limite, como reanimações que transformam um coma em estado vegetativo permanente; o prolongamento da vida em doentes com patologias altamente fragilizantes e que teriam um fim natural, se não fossem aplicadas terapêuticas agressivas; a transformação de doenças agudas em doenças crónicas – o caso de muitos tumores ou de doenças degenerativas, como a esclerose lateral amiotrófica; e finalmente o último mecanismo apontado por Anne-Laure Boch e que merece uma atenção especial – “convencer os sadios de que podem estar doentes”, gerando um enorme afluxo de consultas e exames, tantas vezes completamente inúteis, e mesmo prejudiciais.

Provocadora, sem dúvida, como reconhece a própria autora. Mas provocação útil, pensamos nós, pois obriga a uma nova interrogação: o que estará errado nos cuidados de saúde ou nos programas que os envolvem? Esta é a pergunta fundamental, a pergunta difícil por envolver ideologias e comportamentos. Mas é para ela que é necessário encontrar respostas corajosas e correctas, que não ponham em causa a dignidade da pessoa, nem comprometam os princípios fundamentais do exercício da Medicina.

¹ «Quand la Médecine engendre des handicapés» - “Le Débat”, n° 174, 2/2013 (Gallimard). Sugere-se também a leitura do livro «Médecine Technique, Médecine Tragique», da mesma autora.

Comecemos por corrigir a expressão “direito à Saúde”, tão usada por políticos e profissionais.. A saúde é um estado, uma situação que pode ser alterada por culpa própria ou por outras causas. Não é, nem pode ser um “direito”. Pode-se falar, sim, em “cuidados de saúde”.

*A possibilidade de acesso a estes “cuidados de saúde” tem sido objecto de dois modos de tratamento, que por vezes se confundem, por se encontrarem mergulhados num clima de defesa do tal direito impossível: um **primeiro**, o das promessas vãs e irrealizáveis, sem quaisquer compromissos, pode resumir-se na frase “tudo, para todos, agora”. Todos nós conhecemos os resultados. A saúde, como outros aspectos da vida humana, tem estado sujeita a este tipo de proclamações sem nexos. A política apropriou-se da saúde transformando-a em bandeira e programa, com toda a demagogia que envolve as propostas partidárias.*

*O **segundo** modo de apresentar aos cidadãos os cuidados de saúde parte de um ponto de acordo com a realidade: os cuidados oferecidos são os cuidados possíveis, de acordo com os recursos e as pessoas beneficiárias. Este seria o caminho correcto se à oferta correspondesse o comportamento certo. Não é isso que se passa: os cuidados oferecidos transformam-se em cuidados sobre-utilizados, ultrapassando as fronteiras da saúde, nos recursos e nas pessoas. O espírito dos beneficiários, transformados em “utentes”, permanece intoxicado pelos tais direitos – “tudo, para todos, agora”. Consultas sobrelotadas, exames complementares que ultrapassam todas as previsões e capacidade do número razoável de equipamentos – é este o panorama habitual dos hospitais e locais de atendimento. Os tais “utentes” poderão sair satisfeitos por terem conseguido arrancar ao sistema consultas, requisições de exames complementares (muitos!!) e receitas de drogas para-úteis ou inúteis. Para eles, o supermercado da saúde funcionou.*

Mas existem os outros, os não-utentes, os doentes. Esses, que precisam de atenção, disponibilidade, tempo, competência, são vítimas desta avalanche dos que só exigem e esgotam os profissionais e a capacidade de resposta.

*O **terceiro** caminho, relacionado com o anterior, vai bater exactamente no último mecanismo apontado por Anne-Laure Boch, como gerador de graves problemas nas ofertas de cuidados – a ideia de que todos os*

sadios estão doentes, ou podem estar, devendo servir-se abundantemente dos cuidados oferecidos. Esta ideia, que acompanha a proclamação de um suposto “direito à saúde”, só pode gerar o caos e graves prejuízos para os que precisam. Então, o terceiro caminho tem que começar pelo que é fundamental – a **educação para a saúde**² por todos os meios possíveis, mesmo os desagradáveis, associada a um planeamento inteligente e a medidas eficazes de execução. A **prevenção**, de que tanto se fala, é um investimento muito mais barato do que os tratamentos e exames clínicos que a irão substituir, por não ter sido aplicada. Faz parte desta educação para a saúde, em que o rigor e o culto dos valores humanos da dignidade, respeito mútuo e entreaajuda, ajudam a transformar a sociedade num local de encontro positivo e saudável.

Que dizer dos outros três mecanismos descritos por A.-L. Boch, geradores de graves deficiências nos sistemas de saúde? Surpreendentemente (ou não...), as lógicas de natureza económica encontram-se muito mais marcadas nesses mecanismos, de número limitado, do que naquele que abordámos, o das multidões. Os exemplos citados correm o risco de servir de base para generalizações inaceitáveis e confusões muito desejadas por certos grupos de pressão. Quando cita, como exemplos geradores de problemas económicos, “incentivar uma quimioterapia em casos limite”, ou manter “uma vida indigna de ser vivida”, está nitidamente num campo de aceitação da eutanásia, apesar de afirmar, no final do artigo, que, como médica, não aceita esse caminho. As generalizações baseadas em casos particulares não podem constituir a base de raciocínio para soluções legais contra a vida, e é isso que se encontra subjacente nesta tese indiscutivelmente provocatória.

Uma medicina que escolha libertar-se dos que são incómodos, ou dos pesos que criou, com ou sem má consciência, ou dos que já decidiu e rotulou de inúteis, não é medicina, pois não passa de uma simples tecnologia aplicada a seres vivos, que por acaso são humanos. Pensemos nisto.

J. Boléo-Tomé

² Ver J. Boléo-Tomé - «Educação para a Saúde»; “Acção Médica” 46(2), 1982, pp 104-119

SERVIR A VERDADE

José RUEFF ¹

A investigação da verdade é a tarefa fundamental da ciência

Passados que já são diversos anos, recorro diálogo com um eminente Colega, cirurgião, que conhecia trabalhos meus de investigação médica ². Perguntou-me, enquanto discorriamos, se eu era crente. Que sim, respondi. E surgiu, de imediato, a interrogação que afinal o inquietava: “Então para quem diseca e perscruta essa biologia do ‘invisível’, essa arquitectura molecular da vida, não se põem problemas de Fé, não surgem dúvidas e vacilações?” Formulada de súbito, a pergunta não teve resposta menos rápida. E dei comigo a responder, muito naturalmente, que não; que tal labor científico não levanta quaisquer dúvidas de Fé. Bem pelo contrário, quem observa assim de perto essas maravilhas primordiais da Criação, mais próximo se sente do Criador, melhor contempla o Criador na Criação.

Devo confessar que a minha resposta teve tanto de espontâneo como de não elaborado. Foi como as respostas simples da gente da Galileia ou da Judeia. Como a de Marta: “Sim, ó Senhor; eu creio que Tu és Cristo, o Filho de Deus que havia de vir ao mundo”.

¹ Presidente da Associação dos Médicos Católicos Portugueses (jose.rueff@fcm.unl.pt); Universidade Nova de Lisboa e Academia das Ciências de Lisboa.

² Rueff, J.A. *in* ‘A experiência da Fé e a Liberdade do Investigador’. *Communio*, 6: 597-598, 1984.

Bento XVI explicou bem o que é este crer simples: “Sim, ó Senhor ! Também nós acreditamos, não obstante as nossas dúvidas e as nossas obscuridades; cremos em ti, porque Tu tens palavras de vida eterna; desejamos acreditar em ti, que nos infundes uma confiável esperança de vida para além da vida”³.

E porque a minha resposta foi muito espontânea e pouco elaborada, o meu ilustre interlocutor ainda murmurou um: “mesmo assim, mesmo assim ... deve haver momentos em que é difícil conciliar ...”.

E a dúvida que a simplicidade da minha resposta não impediu que ficasse a pairar no meu interlocutor, fez-me reflectir sobre os muitos documentos e estudos que consolidam o que a minha espontaneidade procurou no decurso do diálogo – sem êxito – tornar perceptível.

“A investigação metódica em todos os campos do saber, quando levada a cabo de um modo verdadeiramente científico e segundo as normas morais, nunca será realmente oposta à fé, já que as realidades profanas e as da fé têm origem no mesmo Deus. Antes, quem se esforça com humildade e constância por perscrutar os segredos da natureza, é, mesmo quando disso não tem consciência, como que conduzido pela mão de Deus, o qual sustenta as coisas e as faz ser o que são.”⁴

Esta passagem do documento do Concílio é retomada, por exemplo, no Discurso do Beato João Paulo II na Pontifícia Academia das Ciências, aquando do centenário de Einstein, em 1979, onde o Pontífice pôs em relevo a humildade e, sobretudo, a busca da verdade: “A investigação da verdade é a tarefa fundamental da ciência.”⁵

³ Bento XVI, *Angelus*, 9 de Março de 2008.

⁴ *Gaudium et Spes*, 36.

⁵ *Science*, 207: 1165-1167, 1980.

A Verdade é um dos mais belos nomes que Deus atribuiu a si mesmo

Mas foi numa muito soalheira manhã de Maio de 1983, aquando de uma reunião que teve lugar em Roma, por ocasião das comemorações do centenário de Nobel, que pude ouvir João Paulo II dirigir-se-nos, dizendo: “Todo o progresso científico conduzido com rectidão honra a humanidade e é um tributo ao Criador de todas as coisas. As vossas investigações constituem um prolongamento da admirável revelação que Deus nos entrega na sua obra criadora. A Igreja (...) procura, por vosso meio, alargar o horizonte da sua contemplação e da sua admiração pela transparência do Deus infinitamente poderoso que resplandece na sua criação”.⁶ Havíamos entrado pela Porta de Bronze, na fachada exterior da colunata de Bellini e subido as escadas da Sala do Trono. Aí e, nessa mesma alocução, lembrou-nos João Paulo II o seu discurso a universitários espanhóis, em que condensou o sentido desse desbravar das maravilhas da Criação: “É através da investigação que o homem atinge a Verdade – um dos mais belos nomes que Deus atribui a si mesmo”⁷ (“Eu sou o Caminho, a Verdade e a Vida”⁸). Ainda hoje não sei porque que é que não esperava que nesse ambiente vetusto e universal, pudesse ouvir palavras tão transparentes de beleza e tão cristalinas de conteúdo. Confesso, humildemente, que até hoje continua, em permanência, a ressoar em mim essa frase que parece timbrada por uma cítara: “*a Verdade é um dos mais belos nomes que Deus atribuiu a si mesmo*”.

A procura da verdade não é, porém, atributo apenas das ciências puras – da física ou da matemática; embora, nessa manhã de Maio, o Papa nos tivesse recordado o facto, no contexto de comemorações

⁶ *in Osservatore Romano*, 9 de Maio de 1983.

⁷ *in Osservatore Romano*, 4 de Novembro de 1982.

⁸ *Jo* 14, 6.

que não tocavam directamente à medicina, mas se espalhavam, afinal, por todas as ciências – aliás o número de premiados com o Nobel, nessa manhã, na Sala do Trono, foi-o de todas as áreas, como o foi de muitos outros não premiados (incluindo, como eu, vulgares asclepiades, como nos chamou Platão).

Toda a ciência é universal, ou tem o universal como desiderato. Parte de perguntas concretas e indaga o real. A medicina segue este mesmo método. Não há progresso em medicina, como o não há em outras ciências, sem que saibamos antes formular as perguntas correctas para as quais a nossa investigação deve, então, perscrutar a resposta. A medicina tem, porém, a particular feição de lidar com a vida e a morte e estas são-no daquele singular indivíduo e não de um colectivo indiferenciado (ou como em Hannah Arendt: “The birth and death of human beings are not simple natural occurrences, but are related to a world into which single individuals, unique, unexchangeable, and unrepeatable entities, appear and from which they depart.”⁹).

A doença, do mesmo modo, é-o daquele indivíduo, embora possa ser estudada e indagada como ciência universal.

Mesmo que, com todos os novos métodos de diagnóstico, a doença possa aparecer transparente no seu substrato biológico, o ser do homem doente (ou talvez, o ser doente do homem ?) não se dá a conhecer sem o diálogo com o médico.

Sem essa desocultação (*‘Entbergung’*), tornada possível pelo diálogo; sem esse desvelamento (*‘Entborgenheit’*) – como em Heidegger¹⁰ – o total do adoecer do homem e, portanto da

⁹ Arendt, H. *in* “The Human Condition”, Chicago-London: The University of Chicago Press, 1989. (First Edition 1958).

¹⁰ Heidegger, M. “*Vom Wesen der Wahrheit*” (“Sobre a Essência da Verdade”, texto bilingue alemão-português, trad. Carlos Morujão, Porto, Porto Editora, 1995).

compreensão da sua específica doença, fica por conhecer – ou seja, a história natural da doença desse homem singular fica fora de uma clareira (*Lichtung*) de entendimento. Seria, assim, totalmente estulto supôr que tivéssemos alcançado a verdade sobre essa doença e estaríamos pois longe da verdade científica enquanto *aletheia*.¹¹

A transparência do homem doente, no seu adoecer orgânico, não fornece a suficiente luz para conhecer a verdade sobre aquela doença-singular. Há que juntar-lhe a significação, de matizes subjectivos, a *'Bedeutsamkeit'*, ou seja o significado individual que cada doente dá aos 'acontecimentos' da sua doença. E esta significação é diferente da *'Bedeutung'*, enquanto significado da doença orgânica.¹² Mas mesmo aqui é ainda a Razão que desbrava a *aletheia*, que procura a Verdade – tanto a que o doente quer transmitir, como aquela que o médico deve querer conhecer. E nesta labuta de procura da verdade, assume particular e crescente importância a Medicina Narrativa, que visa erigir a emissão e recepção dos relatos da doença como eventos centrais dos cuidados de saúde, tornando os métodos da medicina narrativa como um dos meios de desenvolver o grau de atenção aos doentes. Ou, como o definiu uma das próceres desta área, Rita Charon: "Sick people need physicians who can understand their diseases, treat their medical problems, and accompany them through their illnesses."¹³ ; ou ainda : "With narrative competence, physicians can reach and join their patients in illness, recognize their own personal journeys through medicine, acknowledge kinship with and duties to-

¹¹ Rueff, J. "A doença singular – estatuto da genética". *in* "O Estatuto do Singular – estratégias e perspectivas" (orgs. M. L. Couto Soares, N. Venturinha, G. Costa Santos), Lisboa, Imprensa Nacional-Casa da Moeda INCM, 2008, pp. 77-84.

¹² *Ib.*

¹³ Charon R. "Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust". *JAMA Journal of the American Medical Association*. 2001; **286** (15): 1897–1902.

ward other health care professionals, and inaugurate consequential discourse with the public about health care. By bridging the divides that separate physicians from patients, themselves, colleagues, and society, narrative medicine offers fresh opportunities for respectful, empathic, and nourishing medical care.”¹⁴

Não agir segundo a razão é contrário à natureza de Deus

O que deixou talvez o meu ilustre interlocutor a murmurar o tal: “mesmo assim, mesmo assim, deve haver momentos em que é difícil conciliar ...”, foi seguramente, no fundo, a persuasão de que a Fé e a Razão se opõem; ou se conciliam com dificuldade.

Todavia, também aqui eu não soube, na ocasião, fazer intuir com claridade ao meu interlocutor que não há incompatibilidade entre Fé e Razão, apenas complementaridade. Nem tão-pouco soube dizer-lhe do processo histórico que levou Santo Agostinho, pelos caminhos da Razão (*intellige ut credas*), até à Fé, ou como depois, pela Fé (*crede ut intelligas*), continuou a servir-se da Razão para explicar a Fé – a Fé na procura da inteligência (*fides quarens intellectum*).

Na sua luminosa intervenção na Universidade de Ratisbona, Bento XIV, recordou, com invulgar visão: “A coragem de abrir-se à vastidão da razão, e não a rejeição da sua grandeza – tal é o programa pelo qual uma teologia comprometida na reflexão sobre a fé bíblica entra no debate do tempo actual. «Não agir segundo a razão, não agir com o *logos*, é contrário à natureza de Deus». (...) É a este grande *logos*, a esta vastidão da razão que convidamos os nossos interlocutores no diálogo das culturas. Reencontrá-la nós mesmos, sempre de novo, é a grande tarefa da universidade.”¹⁵

¹⁴ Ib.

¹⁵ *Ansprache Von Benedikt XVI; Aula Magna der Universität Regensburg, "Glaube, Vernunft und Universität — Erinnerungen und Reflexionen", Libreria Editrice Vaticana, 12 September 2006.*

Na sua recente Encíclica *Lumen Fidei*, aponta o Sumo Pontífice, Papa Francisco, que pelo caminho de Nietzsche a fé acabou por ser associada com a escuridão, e adverte que pelo caminho das pequenas luzes da razão autónoma (as *verdades* do indivíduo) se não alcança a “ luz grande, de uma verdade grande”¹⁶. Seria a aporia da razão a dar razão à aporética de Nietzsche. Seria a facúndia de razões individuais pós-modernistas e relativistas a crescerem (e prevalecerem) sem referência e sem prudência. “Muitas vezes, hoje, a **verdade** é reduzida à autenticidade subjectiva do indivíduo, válida apenas para a vida individual.”¹⁷, como afirma ainda o Romano Pontífice na mesma *Lumen Fidei*.

A razão e a fé são as duas asas que permitem ao homem voar ao encontro da verdade

O Bispo de Hipona, observou o Papa Bento XVI, em outra ocasião: “era um homem de paixão e de fé, mas sem nunca renunciar à razão. Para Agostinho, afastar-se de Deus equivale a afastarmo-nos de nós próprios. Para encontrar a Deus não é preciso sair de si próprio. O seu itinerário intelectual e espiritual é um modelo da relação entre fé e razão. Há fórmulas suas que exprimem bem a harmonia que deve existir entre ambas: Crer para compreender, mas também, inseparavelmente, compreender para crer! Esta harmonia significa que Deus está próximo de cada homem, próximo do seu coração como também da sua razão.”¹⁸ Ou como também afirmou, luminosamente, o Senhor Cardeal Patriarca Emérito D. José Policarpo, em total sintonia com a *Fides et ratio*: “a razão e a fé são as duas asas que permitem ao homem voar ao encontro da verdade.”¹⁹

¹⁶ Francisco (2013). Carta Encíclica *Lumen Fidei* , 3.

¹⁷ Francisco (2013). Carta Encíclica *Lumen Fidei* , 34.

¹⁸ Bento XVI, Audiência Geral, 30 de Janeiro de 2008.

¹⁹ Policarpo, D. José da Cruz. Ano 2007, Catequese do 3º Domingo da Quaresma, “Cultivar a razão crente”.

O exílio da Fé leva-nos à solidão existencial de duvidar que ela nos possa conduzir à Razão e à Verdade, o que obriga à escuta – é o que S. Paulo chama a “obediência da fé” (*Romanos* 1, 5 e 16, 26)

“Que significa “a obediência da fé”? “Obediência” é uma palavra de que hoje não se gosta muito, mas é preciso perceber que esta palavra vem de um verbo que significa ouvir, escutar. Em latim, por exemplo, isso percebe-se bem: ouvir diz-se «*audire*» e obedecer diz-se «*oboedire*». Em grego ainda é mais claro: escuta diz-se «*akoê*», e obediência diz-se «*hypakoê*». Então, “a obediência da fé” é uma escuta que leva a uma aceitação e a um compromisso. S. Paulo diz: “A fé vem da escuta”.

S. Paulo concebe a fé como alguma coisa que começa com a escuta, e termina com um compromisso ou uma submissão pessoal.”²⁰

Mas atentemos na voz autorizada e sábia do Beato João Paulo II na Encíclica *Fides et Ratio* (1998) : “a fé e a razão constituem como que as duas asas pelas quais o espírito humano se eleva para a contemplação da verdade”. E acrescentou: “Foi Deus quem colocou no coração do homem o desejo de conhecer a verdade e, em última análise, de O conhecer a Ele, para que, conhecendo-O e amando-O, possa chegar também à verdade plena sobre si próprio”.²¹

Deus é “*ipsa summa et prima veritas*” (a verdade suma e primeira).

Importa estimar, sobretudo actualmente, o que o Papa Francisco nos pede na *Lumen Fidei* : “Lembrar esta ligação da fé com a **verdade** é hoje mais necessário do que nunca, precisamente por causa da crise de **verdade** em que vivemos.”²²

²⁰ Cón. Dr. J.M. dos Santos Ferreira; “O mistério foi dado a conhecer”, Paróquia de Santa Maria de Belém, 21 de Dezembro de 2008.

²¹ João Paulo II (1998). Encíclica *Fides et ratio* (*A fé e a razão*).

²² Francisco (2013). Carta Encíclica *Lumen Fidei* 25.

A FÉ E A CIÊNCIA AO SERVIÇO DA VIDA HUMANA: Uma Perspectiva da Investigação Biomédica¹

Jozef Glasa²

1 - INTRODUÇÃO – A INVESTIGAÇÃO BIOMÉDICA

A investigação biomédica (IB) é geralmente entendida como sendo um vasto conjunto de actividades científicas ligadas à matéria viva, incluindo o corpo humano na saúde e na doença, com o objectivo de facultar conhecimentos que contribuam para a promoção da vida e para a saúde no âmbito da medicina e dos cuidados de saúde. Assim, o serviço da vida e da saúde humanas constituem inequivocamente o escopo de todas as actividades relacionadas com a IB e estão no centro de todos os seus objectivos.

A IB tem representado um esforço enorme da humanidade no passado e no presente. Tem envolvido o labor incomensurável de muitos investigadores e o esforço pessoal de muitos colaboradores e auxiliares ocupando o seu tempo, a sua energia e o seu trabalho, quer tenham sido incluídos nas actividades relacionadas directamen-

¹ Seminário Fé e Vida Humana. Academia Pontifícia Pro Vita. Cidade do Vaticano, 22 de Fevereiro de 2013.

² MD, PhD, PhD. Instituto of Farmacologia, Instituto de Farmacologia Clinica e de Farmacologia Experimental, Instituto de Ética dos Cuidados de Saúde. Faculdade de Medicina da Eslováquia em Bratislava. Bratislava. República Eslovaca (Eslováquia).

te com a investigação, quer tenham estado envolvidos num largo espectro de actividades produzindo bens e serviços que apoiam a investigação. A IB é uma contribuição muito importante para o conhecimento dos fenómenos da vida e para a economia global. Referindo-me apenas aos EUA como exemplo, apesar das medidas restritivas recentes (1), os gastos estimados nestes domínios atingiram 136,2 biliões de dólares em 2011 (2).

2 - INVESTIGAÇÃO BIOMÉDICA ETICAMENTE CONDENÁVEL

Paradoxalmente a história da IB foi testemunha de acontecimentos horrorosos em inúmeras circunstâncias que constituíram verdadeiros desastres morais quando as “*ciências da vida*”, nelas incluindo a medicina, incorreram, intencionalmente e algumas vezes invocando mesmo objectivos filantrópicos, em processos que atentaram objectivamente contra vidas humanas infligindo danos muito graves, sofrimentos e mesmo a morte a muitos homens, mulheres e crianças (3).

Durante o Século XX assistiu-se na vida real aos maiores pesadelos nestes domínios. Foram montadas por regimes totalitários verdadeiras fábricas da morte que actuaram com uma terrível eficácia. Na Europa, na Manchúria (4) e noutros territórios, avançando nos bicos dos pés foram cometidas terríveis atrocidades nos *goulags* soviéticos, nalgumas enfermarias e em prisões (5). Os seres humanos que foram usados como objectos manipuláveis em horrorosas actividades de investigação eram prisioneiros, soldados e também, surpreendentemente, civis marginais sem abrigo e sem enquadramento familiar e social.

Foram efectuadas experiências terríveis durante longos períodos no sentido de provocar a morte “o mais eficazmente, o mais eficientemente e o mais rapidamente possível”, os quais constituíram, pura e simplesmente, assassínios em massa (6). Posteriormente, foram

também efectuadas experiências com o objectivo da manipulação e da destruição de grandes quantidades de despojos humanos formados por pilhas de corpos - “*material humano*” -, da mesma maneira: “*eficazmente, eficientemente e rapidamente*”.

No museu que se encontra instalado num local que foi sede de um dos primeiros centros do “*Programa Eutanásia*” feito pelos nazis – *Schloss Hartheim* – próximo de Linz, Áustria (7), os visitantes podem ver os relatórios anuais enviados para as autoridades supervisoras de Berlim com as declarações das “receitas” recolhidas para o orçamento alemão (para o governo de então e para os esforços de guerra) referentes à “*destruição de vidas humanas sem valor*”. As receitas consistiam nos alimentos que se poupavam, no vestuário, nos medicamentos, nos alojamentos e nos custos globais... Tudo enumerado meticulosamente e com uma precisão burocrática.

As actas dos julgamentos de Nuremberga testemunham nos nossos dias os horrores praticados em nome da medicina e da ciência por homens enlouquecidos pela violência da guerra (8,9). São igualmente chocantes as numerosas narrativas e as histórias pessoais de pessoas envolvidas nestes “*crimes contra a humanidade*”, e em outras atrocidades cometidas em nome de ideologias totalitárias, pela obediência cega às cadeias de comando a que os intervenientes directos se sentiam amarrados, alienando a sua própria responsabilidade. Alguns alegaram que apenas cumpriam o dever “*perante o seu povo, a sua nação e a sua pátria*”³ (10).

3 - REGRAS ACTUAIS DAS BOAS PRÁTICAS NA IB

Na sequência das atrocidades cometidas na época da Segunda Grande Guerra, na Europa e no mundo, houve muitos e louváveis

³ (N. do T.) Sobre o mesmo tema ver: Osswald W. Experiência nazi da eutanásia. Memória e lição. Acção Médica. Ano LX, nº 4, pág. 31, Out-Dez; 1996.

esforços no sentido da criação e da aplicação generalizada de normas éticas e legais que constituíssem uma garantia de que toda a IB, nos seus processos e nos seus objectivos, fosse um verdadeiro bem para os seus agentes e intervenientes, para os seus destinatários, para as comunidades (presentes e futuras) e para a humanidade (11).

Entre os exemplos de documentos mais relevantes e mais recentes nos domínios da ética da IB que são actualmente instrumentos internacionais que reuniram consensos alargados destacamos a seguinte lista:

- O Código de Nuremberga (1946).
- A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948).
- A Convenção Europeia dos Direitos Humanos (1950).
- A Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (1964).

A estes documentos sucederam-se outros que constituíram também marcos no domínio das relações internacionais, como os seguintes:

- As Normas Internacionais da CIOMS para a Investigação Biomédica (1987).
- A Convenção de Oviedo do Conselho da Europa (1997) e os seus Protocolos Adicionais, em particular o Protocolo Adicional para a Investigação Biomédica (2007).
- A Declaração da ONU sobre o Genoma Humano (1997).
- A Declaração da ONU sobre os Dados Genéticos Humanos (2003).
- A Declaração Universal da ONU sobre Bioética e os Direitos Humanos (2005).

Apesar de todas as declarações solenemente proclamadas pelas altas instâncias internacionais e com conteúdos de elevada qualidade, com repercussões na lei positiva de numerosos países, houve um inacreditável número de acontecimentos que constituem ofensas

graves a estes princípios, ocorrendo quer no silêncio dos trabalhos de laboratório quer junto dos leitos dos doentes (12).

Na verdade, existem numerosas questões em aberto. Como é possível, no domínio da IB, que constitui um dos mais nobres e necessários empreendimentos da actividade humana, a coexistência daqueles factos paradoxais? Como é possível que as suas instituições possam lidar razoavelmente e, por vezes, ver-se mesmo envolvidas, directa ou indirectamente, em situações de contornos pouco claros (13)? E, ainda mais importante, como é que poderão ser evitados os erros cometidos e os riscos previsíveis, e como é que poderá ser prevenida a rampa (cada vez mais) descendente e tendendo para o pior (14)?

4 - A LUZ DA RAZÃO E A LUZ DA FÉ

Proclamou-se que os nobres e necessários objectivos da IB, isto é, a promoção do bem e do desenvolvimento dos seres humanos, das comunidades e de toda a humanidade através do conhecimento dos fenómenos da vida e do seu contexto, exigirão sempre os mais elevados padrões de comportamento ético em todas as fases dos processos de investigação (11).

No entanto, como se demonstra pela ocorrência de numerosas situações em que as regras éticas/bioéticas foram grosseiramente violadas nas actuais circunstâncias da “pós-modernidade” que dominam a cultura contemporânea (15,16), se apenas se confiar na razão, esta pode constituir uma presa fácil da cegueira, dos erros, das ambições pessoais, dos desvios ideológicos e das fortes pressões dos mercados. É muito difícil distinguir o que está certo e o que está errado, conhecer o bem e o mal, em situações tão diversas como as que as que existem, nomeadamente, numa noite calma e sossegada na intimidade de um laboratório observando tranquilamente os resultados de uma experiência num tubo de ensaio, ou as que poderão ocorrer durante um ensaio clínico cujos dados são colhidos em condições de

emergência numa enfermaria hospitalar ou mesmo dentro de uma ambulância, ou ainda quando se considera as condições de amostragem em saúde pública envolvendo comunidades inteiras, muitas vezes sobrevivendo em condições muito precárias de habitação e de nutrição. Inevitavelmente, a luz da razão pode toldar-se por erros humanos, por comportamentos inadequados, pela simples ignorância, por fadiga, pela cobiça, por dolo ou por pura irresponsabilidade (*Porquê preocupar-me com este pormenor?... ou Quem irá saber disto?...*).

Na IB, mesmo quando todos os intervenientes e agentes têm preocupações genuínas de integridade, dão a maior atenção a todas as fases da investigação e têm comportamentos correctos, a razão humana estará sempre sujeita a perder-se e a cometer erros grosseiros: “*Errare humanum est*”. Perante os desafios das novas tecnologias actualmente existentes e as que incessantemente vão surgindo nos domínios da ciência, aumentam os riscos de erro em que poderão incorrer os investigadores, os promotores, os reguladores e os monitores. E, necessariamente, aumentam os perigos de descoordenação, de má utilização dos meios disponibilizados e de um fortuito e inesperado desastre (17).

Invoca-se frequentemente o princípio da precaução na interpretação dos resultados da IB fundamental (18,19) com o objectivo de tranquilizar as ansiedades e as reservas das sociedades contemporâneas sobre o que a ciência traz de novo ao conhecimento. O princípio da precaução também se invoca nas aplicações tecnológicas inovadoras suportadas pelos dados científicos emergentes, visto que se admite que as aplicações imediatas da ciência podem sofrer distorções, algumas vezes intencionais, resultantes de um desejo insaciável de progresso, de inovação, de poder ou de ganhos financeiros.

Finalmente, invoca-se um “*escrutínio escatológico*”. A luz da razão é iluminada pela luz da fé conferindo aos esforços humanos, sempre com inevitáveis imperfeições, a ancoragem fundamental e transcendental na eternidade, na verdade eterna, a qual constitui a

plataforma definitiva da dignidade humana, desabrochando neste mundo e continuando-se na eternidade. *“Uma filosofia que brilha como um reflexo da Verdade de Cristo, a única e definitiva resposta para os problemas da humanidade, que constitui o suporte definitivo para a verdade e para a ética universal, tão necessárias no mundo actual”* (20).

“Especialmente significativa é o despertar da reflexão ética nos assuntos que afectam a vida humana. A emergência e a generalização da bioética têm promovido a reflexão e o diálogo – entre os crentes e os não crentes assim como entre os seguidores de diferentes religiões – sobre as questões da ética, incluindo as questões fundamentais relativas à vida humana”... “Também a investigação bioética, um campo que promete grandes benefícios para a humanidade, deverá sempre recusar a experimentação, a investigação e aplicações tecnológicas que não respeitem a inviolável dignidade dos seres humanos, e que, por esta razão, não constituam um serviço à humanidade e, pelo contrário, se tornem meios pelos quais, sob o pretexto de ajudar as pessoas, realmente contribuam para o seu mal” (21).

“Assim, em todas as esferas da vida pessoal, familiar, social e política, a moralidade – fundada na verdade e aberta à verdade – transforma-se num primordial, indispensável e incomensurável serviço não só a cada pessoa como ainda numa contribuição para o bem colectivo e para o genuíno desenvolvimento das sociedades” (22).

5 - ALGUNS EXEMPLOS

5.1 - A Farmacologia Clínica e a Hepatologia – Um exemplo positivo: os novos tratamentos para a hepatite C

Nos domínios da farmacologia clínica e da terapêutica assistimos a um vertiginoso progresso nas ciências da vida e no apareci-

mento de técnicas que conduziram a novos, eficazes e relativamente seguros métodos de terapêutica para doenças que até há pouco tempo se admitia que não existiam tratamentos. Podem citar-se numerosos e brilhantes exemplos deste tipo em várias áreas da medicina às quais a IB tem oferecido novas medidas terapêuticas trazendo a esperança de cura a numerosos doentes (23).

Na minha área, a Hepatologia - a especialidade médica dedicada às doenças do fígado e do tracto biliar - pudemos testemunhar durante as duas últimas décadas um enorme aumento da eficácia dos tratamentos antivirais nos doentes com hepatite crónica C. De uma situação em que apenas cerca de 5-15% dos doentes (ou menos) atingiam uma “resposta virulógica sustentada” (isto é, a cura, com a eliminação do vírus da hepatite C dos seus corpos) quando eram tratados apenas com o *interferão alfa* no início desse período, para cerca de 50 a 70% de curas quando se passou a utilizar a terapêutica combinada utilizando o *interferão alfa pegilado* com outro fármaco antiviral, a *ribavirina*, até à fase actual em que se atinge 90 ou 100% de doentes curados com terapêutica tripla após a introdução do grupo de fármacos “*Directly Acting Antivirals*” (DAAs) (24).

5.2 - Farmacologia Clínica - Um exemplo negativo: disruptores endócrinos, metabolitos de hormonas contraceptivas no ambiente

Em sentido contrário ao do grande progresso que tem representado a introdução vertiginosa de novos fármacos na terapêutica, pode invocar-se o exemplo das enormes quantidades de substâncias de origem farmacológica que se produzem e que, depois de usadas, permanecem ainda activas no ambiente que nos envolve. Estas substâncias, geralmente metabolitos resultantes da biotransformação das substâncias activas originais, podem infligir danos graves em vidas humanas inocentes e em toda a biosfera. Os conhecimentos neste domínio têm aumentado rapidamente nos últimos anos, mas a com-

preensão, a extensão e a gravidade deste fenómeno são ainda insuficientes para facultar uma intervenção activa e eficiente.

Entre este tipo de fenómenos que citámos de contaminação do ambiente pode referir-se o que se designa por “*substâncias químicas disruptoras endócrinas*”. Estas substâncias constituem poluentes químicos que podem afectar o sistema endócrino humano (hormonal), alguns deles podendo ainda interferir noutros processos do desenvolvimento quer humano quer de outras espécies (25). Um exemplo de particular interesse é constituído por um grupo de fármacos sintéticos análogos das hormonas sexuais femininas (estrogénios especialmente). Estas substâncias têm sido utilizadas em quantidades enormes e sem precedentes em contraceptivos hormonais. Os metabolitos das “*moléculas anti-bébé*”, depois de serem transformadas no corpo da mulher, entram na água e nas cadeias alimentares. Isto verifica-se sobretudo nas grandes cidades e nos grandes aglomerados populacionais, devido às grandes quantidades de águas residuais contaminadas com produtos químicos de síntese. Além disso, os processos actuais de purificação das águas nem sempre estão adaptados a tão grandes quantidades de contaminantes. Algumas destas substâncias mantêm-se biologicamente activas e susceptíveis de prejudicar a vida selvagem e mesmo a vida humana. Os efeitos no homem e na vida selvagem ainda não estão completamente compreendidos pela complexidade das metodologias e das logísticas que o seu estudo envolve. Como se compreende, as observações compreendem a monitorização de uma grande quantidade de variáveis e exige-se um elevado padrão de qualidade nestes tipos de investigação. Os aumentos da frequência de certas formas de cancro, de doenças endócrinas e de outras possíveis consequências negativas estão também sob escrutínio. Esta situação é considerada como suficientemente séria para ser encarada nos níveis mais elevados de decisão nacionais e internacionais (26).

5.3 – O método Billings de regulação da ovulação

Um exemplo extraordinário de inspiração da investigação biomédica pela luz da fé foi a actividade e a vida do casal Dra. Evelyn Billings e Prof. John Billings, fundadores e “apóstolos” do método natural de regulação de fertilidade pelo conhecimento da data da ovulação que tem o seu nome (27). As suas actividades de investigação das quais derivaram metodologias aplicáveis à vida real de tantos casais no mundo inteiro e a história das suas vidas dedicadas à divulgação de métodos por eles criados e enriquecidos por tantas memórias pessoais são bem conhecidas no mundo inteiro na grande família dos seus amigos e dos seus seguidores. Mas os resultados das suas descobertas científicas são igualmente reconhecidas no mundo da biomedicina e da saúde pública. Na verdade, o seu profissionalismo e a qualidade das suas actividades de investigação ao serviço da vida humana impuseram-se em todo o mundo. Milhares e milhares de casais são testemunhas da excelência do seu método de regulação da fertilidade, do estilo de vida no casal e nas suas famílias que ele representa e promove.

Gostaria de testemunhar uma memória pessoal. Este facto ocorreu pouco antes de cair a *cortina de ferro* na Europa Central. Eu era apenas um estudante de medicina em Bratislava. Por canais confidenciais, fui solicitado para estar presente numa reunião secreta num andar de um casal de médicos seniores em Bratislava. Era necessário estar alguém que falasse bem a língua inglesa. Reconheciam-me algumas capacidades nesse sentido e, por essa razão, estive presente. O andar estava cheio de médicos e de outros profissionais da saúde que assistiram a uma conferência (e a respostas a algumas perguntas) sobre um novo método natural de planeamento da fertilidade que um casal australiano proferia nessa noite. Este casal eram os Billings. Nessa altura, no meu país, esta foi uma actividade muito perigosa para os Billings e para todo o seu auditório.

5.4 - Tecnologia NaPro

Outro exemplo brilhante de IB semelhante ao anterior, o qual se encontra em pleno desenvolvimento, é constituído pela actividade do Instituto Paulo VI e do *National Center for Women's Health*, baseado em Omaha, Nebraska, (EUA), que foi fundado e desenvolvido pelo Dr. Thomas W. Hilgers (28).⁴ A Academia Pontifícia Pro Vida teve várias vezes a oportunidade de ouvir este grande médico e cientista (e membro ordinário da mesma academia) nomeadamente durante a sua magnífica apresentação na reunião da Academia de 2012. Foi seguramente uma das melhores apresentações nesse evento, quer se considere o ponto de vista científico, quer ético, quer, se assim for entendido, o ponto de vista espiritual.

Gostaria de acrescentar uma outra nota pessoal. Temos insistentemente tentado, sem financiamento nem apoios de qualquer origem, criar serviços de obstetrícia e de ginecologia que sejam expressão da antropologia e da ética cristãs (católicas) na República Eslovaca. Até agora, apenas conseguimos, com a ajuda da Conferência Episcopal Eslovaca, um gabinete de consulta ginecológica declaradamente Pro-Vida e operando com médicos católicos. Esperamos conseguir brevemente a abertura de outros gabinetes de ginecologia com a mesma orientação. O nosso objectivo é a criação de um gabinete de consulta em cada diocese. E, depois, possivelmente, também a abertura de uma clínica com internamento. A questão fundamental, porém, é conseguir jovens médicos com uma formação técnica excelente, bem orientados e moralmente bem preparados. Tenho o gosto de comunicar que os nossos primeiros médicos já frequentaram os cursos do Dr. Hilgers e brevemente teremos outros médicos a frequentaram os mesmos cursos.

⁴ (N. do T.) Sobre o mesmo tema ver: Hilgers, T. Mudanças na prática da obstetrícia e ginecologia: a experiência de 25 anos. *Acção Médica*. Ano LXXV, n° 3, pág. 24, Jul-Set; 2001.

5.5 - MaterCare International

O exemplo das actividades da *MaterCare International*, superiormente criadas e orientadas por outro grande médico dos nossos tempos, o Dr. Robert Walley, é bem conhecido nas arenas internacionais (29). À primeira vista poderá parecer que as suas actividades não constituem IB, restringindo-se apenas ao exercício de medicina prática como ajuda oferecida a mães concretas vivendo em regiões, comunidades e países desfavorecidos. Gostaria de sublinhar aqui um facto bem conhecido: a aplicação das boas práticas na medicina não exige o exercício de actividades intensivas nos domínios da I&D. A actividade desta instituição pode não encher as revistas académicas e os livros de texto, mas constitui o meio de intervenção mais eficaz no sentido da divulgação e da utilização das vantagens do desenvolvimento científico às pessoas e às comunidades que mais necessidades têm e mais benefícios colhem da sua utilização. A *MaterCare International* tem mantido continuamente os mais elevados e mais actualizados padrões de qualidade científica, profissional e ética, constituindo actividades da maior relevância na divulgação e na implementação dos conhecimentos científicos e tecnológicos. Creio que não preciso de me referir ainda às fontes da espiritualidade e da ética que impregnam em tão elevada escala todas as actividades da *MaterCare International* e do Dr. Robert Walley.

6 – CONCLUSÕES

Em conclusão, gostaria de salientar que os domínios da investigação biomédica são da maior importância como matéria de discernimento moral, de reflexão ética e espiritual, como temas de diálogo intercultural e como campo de evangelização da Igreja Católica. Esta área do conhecimento humano, cada vez mais complexa e em plena expansão, com as suas consequências morais, culturais, sociais e económicas, constituem enormes desafios para a Igreja e para

os profissionais católicos. É necessário proceder à mobilização de todos para assumirem, na sua máxima capacidade, as suas responsabilidades nos domínios da investigação biomédica, da biomedicina e da prestação de cuidados de saúde como sendo uma das mais importantes e mais privilegiadas áreas da “*Nova Evangelização*”. Neste campo, as vocações e as capacidades dos profissionais devem ser estimuladas e integradas nas instituições quer a nível nacional quer internacional. A Academia Pontifícia para a Vida, os Conselhos Pontifícios que se dedicam aos temas da Vida e as outras instituições católicas nacionais, regionais e globais devem contribuir activa e criativamente para os temas da Vida. Em conjunto, tenhamos esperança, rezemos e trabalhemos para honrarmos estes enormes desafios e as responsabilidades da nossa época.

Referências e bibliografia

- 1 - Moses H, Dorsey E R. Biomedical Research in the Age of Austerity. JAMA, 2012; 308(22): 2341-2.
- 2 – Da quantia indicada 57 % foi gasta pela indústria, 29 % pelo Governo Federal dos EUA, 14% por outras instituições entre as quais universidades (8,7 %) e fundações filantrópicas (0,8 %). Pode obter-se mais informação em ” *Research America 2011 U. S. Investment in Health Care Research*, págs. 1-4”, acessível em <http://www.researchamerica.org/uploads/healthdollar11.pdf> (acedido em 27/06/2013).
- 3 - Wolfgang M. (2003). *The Abuse of Man. An illustrated history of dubious medical experimentation*. Ardor Scribendi. 756 págs. ISBN 978-1-893357-21-1.
- 4 - Barenblatt, D. *A Plague Upon Humanity: The Secret Genocide of Axis Japan's Germ Warfare Operation*, HarperCollins, 2004. ISBN 0-06-018625-9.
- 5 - Volodarsky, B. (2009). *The KGB's Poison Factory. From Lenin to Litvinenko*. London, Fronline Books, 290 págs. ISBN 1-84832-542-8.

- 6 - Gardella J. E. The cost-effectiveness of killing: An overview of nazi "euthanasia". *Medical Sentinel* 1999; 4:132-5.
- 7 - Pode ver-se mais documentação em <http://www.schloss-hartheim.at/> (informação acedida em 27/06/2013).
- 8 - Annas, G. J., Grodin, M. A. (1992). *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code: human rights in human experimentation*. Oxford University Press, 374 págs. ISBN 978-0-19-510106-5.
- 9 - Spitz, V. (2005). *Doctors from Hell: The Horrific Account of Nazi Experiments on Humans*. Sentient Publications. 320 págs. ISBN 1-59181-032-9.
- 10 - Freyhofer, H. H. (2004). *The Nuremberg Medical Trial: The Holocaust and the Origin of the Nuremberg Medical Code*. Peter Lang Publ., 215 págs. ISBN 0-8204-6797-9.
- 11 - Glasa, J. (2007). Biomedical research (Chapter 9). In: Pegoraro, R., Putoto, G., Wray, E. (edits). *Hospital Based Bioethics - A European Perspective*. Padova, Piccin-Nuova Libreria. 178 págs, pág.152-75, ISBN 978-88-299-1841-6.
- 12 - Wells, F. O., Michael, M. J., Farthing, J. G. (Edits). (2008). *Fraud and Misconduct in Biomedical Research*. 4th Edition. Royal Society of Medicine Press Limited, 300 págs. ISBN 9781853157868.
- 13 - Roelcke , V., Malo, G. (Edits). (2004). *Twentieth Century Ethics of Human Subjects Research. Historical Perspectives on Values, Practices, and Regulations*. 361 págs. Franz Steiner Verlag, ISBN 9783515084550.
- 14 - LaFleur, W. R., Bohme, G., Shimazono, S. (Edits) (2008). *Dark Medicine: Rationalizing Unethical Medical Research*. Indiana University Press, 259 págs, ISBN 9780253220417.
- 15 - Dacok, J. (2009). Postmodern Bioethics and the Mission of Christianity in Enlarging Europe. In: Marincák, S. (Edit.) (2009). *Religion: Problem or Promise?* Trnava: Dobrá kniha (Orientalia et occidentalia, Vol. 4), 294 págs. Pág. 57-69, ISBN 9788071416425.
- 16 - Dacok, J. La postmodernità nei dibattito bioetico. Il caso delle questioni di fine vita. Trnava: Dobrá kniha, 277 págs. ISBN 978-80-7141-563-3.
- 17 - Simonsen, S. Acceptable risk in Biomedical Research: European

- Perspectives. International Library of Ethics. Vol. 50. Springer, 293 págs. ISBN 9789400726789.
- 18 – Fisher, E., Jones, J. S., Von Schomberg R. (Edits.) (2006) Implementing the Precautionary Principle: Perspectives and Prospects. Edward Elgar Publishing, 336 págs, ISBN 9781847201676.
- 19 – De Sadeleer, N. (Edits.) (2012) Implementing the Precautionary Principle: Approaches from the Nordic Countries, EU and USA. Routledge, 432 págs, ISBN 9781136563225.
- 20 – João Paulo II. Carta Encíclica *Fides et Ratio* (14 Setembro 1998), 104.
- 21 – João Paulo II. Carta Encíclica *Evangelium Vitae* (25 Março 1995), 27, 89.
- 22 – João Paulo II. Carta Encíclica *Veritates Splendor* (6 Agosto 1993), 101.
- 23 – Autores Múltiplos. Nature Reviews: Key Advances in Medicine, Nature Reviews, January 2013, 91 págs, acessível em:
<http://www.nature.com/content/NatureReviews/KeyAdvances2013/index.html> (acedido em June 27, 2013).
- 24 – Asselah, T., Marcellin, P. (2012) Direct acting antivirals for the treatment of chronic hepatitis C: one pill a day for tomorrow. *Liver International*, 12(Suppl. 1): 88 – 101.
- 25 – Bergman, Å, Jerrold J. Heindel, J.J., Jobling, S., Kidd, K.A., Zoeller, R.T. (Edits.) State of the Science of Endocrine Disrupting Chemicals – 2012. UNEP and WHO, 2013, ISBN 978 92 4 150503 1.
- 26 – Para mais informação ver: *Endocrine Disruptors Website of the European Commission*, at: http://ec.europa.eu/environment/endocrine/index_en.htm,
(acedido em 27 June de 2013).
- 27 – Para mais informação ver o sítio oficial do método da observação da ovulação de Billings em: <http://www.thebillingsovulationmethod.org/> (acedido em 27 de Junho de 2013).
- 28 – Para mais informação ver o sítio oficial do Instituto do Papa Paulo VI em: <http://www.popepaulvi.com/ncfwh.htm> (acedido em 27 de Junho de 2013).

29 - Para mais informação aceder ao sítio oficial da *MaterCare International*:
<http://www.matercare.org/> (acedido em 27 de Junho de 2013).

Endereço:

Prof. Jozef Glasa, MD, PhD, PhD.

Slovak Medical University in Bratislava

Limbová street 12-14, 83303 Bratislava, Slovak Republic

tel.: +421-2-59370.769, fax: +421-2- 59370.770, mobile: +421-905208146

e-mail: jozef.glasa@szu.sk, jozef_glasa@yahoo.com

O MÉDICO E A CULTURA

Algumas considerações à luz do Concílio Vaticano II¹

Alexandre Laureano Santos

1 - Introdução

Cultura é um conceito muito aberto e globalizante que se associa a todas as actividades do Homem, à sua História e à sua contemporaneidade. Deveria considerar-se mesmo associado a toda a evolução do Homem, porque existem vestígios da sua humanidade e, portanto, da sua cultura, datados do período designado por Proto-História. A ideia de *cultura* envolve uma certa oposição àquilo que designamos por *natureza* que é originalmente exterior à acção do Homem; ou melhor, que é exterior à acção do espírito do homem, à sua capacidade inventiva e criadora, à sua capacidade de domínio sobre o ambiente-natureza que o envolve e do qual depende, e, mesmo, ao senhorio do seu próprio corpo físico. De facto, o corpo humano, por um lado, pertence à categoria da natureza e, por outro, é do âmbito da humanidade. O corpo é mesmo o substrato, a matéria da nossa humanidade, e, portanto, da nossa maneira *de assumir e de expressar o ser*. Isto é, nós somos o nosso corpo. E, na linguagem

¹ Texto que foi a base de uma comunicação oral numa sessão da AMCP. Lisboa, 9 de Abril de 2013.

simbólica mas extremamente expressiva do Génesis, o corpo foi feito a partir do barro da mãe natureza-terra; e foi o nosso corpo humano, feito do barro da terra, que Deus animou com o sopro da Vida.

O Homem aparece à simples experiência de qualquer observador como a medida de todas as coisas... Como sendo o *sujeito universal*. No dizer do *Prof. Pe. Manuel Antunes*, duas características o permitem: a) a de ser dotado de um psiquismo muito superior ao do animal das espécies mais evoluídas, facto que é suportado por ter um sistema nervoso central com um volume relativo muitíssimo superior ao de todas as espécies animais; b) a sua posição erecta, com a consequente libertação da mão e a oponência do polegar, de onde deriva a sua qualidade de *homo faber*.

O psiquismo de que é dotado permite-lhe uma capacidade de abstracção interpretativa, inventiva e criadora nos mais diversos domínios da realidade. Por outro lado, faculta-lhe ter desejos e aspirações que transcendem o imediato, nomeadamente no que se refere aos horizontes do tempo e do espaço em que habita. E permitiu-lhe criar um conjunto de símbolos que referem abstractamente os objectos e as acções da vida comum, e uma linguagem simbólica, interpretativa e evolutiva que os designa.

Aceitamos como objectos de cultura os mais antigos vestígios da presença do homem na Terra. Nas mais remotas comunidades humanas primitivas existem sinais da luta dos homens contra a doença e contra a morte que deixaram vestígios hoje bem reconhecidos. Na gruta de Shanidar, numa montanha do norte do território que hoje é o Iraque, foram descobertos sinais da presença de uma comunidade do homem de Neanderthal de há cerca de 60.000 anos. Foram encontrados vários esqueletos que hoje estão depositados no Museu Smithsonian, em Washington DC. Um desses esqueletos, conhecido por *Shanidar I* ou *Nandy*, (designações propostas pelos arqueólogos americanos que os revelaram ao mundo) fez parte do corpo de um homem que em vida foi necessariamente muito doente; quando ocorreu a morte tinha uma idade entre 40 e 50 anos (correspondendo

à idade de 70 a 80 anos do homem de hoje). Esse esqueleto tinha múltiplos sinais de deformidades traumáticas graves no crânio e nos ossos compridos dos membros relacionadas com danos ocorridos muitos anos antes da sua morte. Pertencera a um homem que fôra cego do olho esquerdo (havia sinais de antigo traumatismo com fratura da órbita) e tinha sinais de fracturas múltiplas consolidadas nos ossos dos membros direitos que teriam provocado graves limitações motoras para a vida comum; não teria sobrevivido até à velhice se não tivesse um forte apoio da sua comunidade no sentido de o alimentar e de o manter durante a maior parte da sua longa vida.

Os achados arqueológicos da gruta de Shanidar podem ser visitados pela *internet*². O seu real significado foi salientado num livro editado em França cujo título é «*Aux racines de l'homme: de la mort à l'amour*»³, no qual é sobretudo posto em evidência o facto de que uma sociedade apenas se torna verdadeiramente humana (e, portanto, se reconhece como pertencente a um domínio diferente do da natureza) quando se ocupa do outro, do seu semelhante, e trata dos mais fracos e dos mais vulneráveis.

A palavra *clínica* tem a mesma raiz de *inclinar*, que significa, portanto, dobrar, debruçar, estar atento, concentrar a atenção sobre... No nosso caso da Medicina tem o significado de estarmos atentos aos nossos companheiros de jornada. De facto, as mulheres e os homens como nós, médicos que tratam dos seus semelhantes desde os primórdios da civilização, são observadores privilegiados do próprio homem, da sua vida, das suas actividades, das suas angústias e das suas alegrias; e, por isso, da maneira de assumir a sua realidade, da sua efémera maneira de ser, portanto, da sua cultura.

² <http://www.smithsonianmag.com/arts-culture/The-Skeletons-of-Shanidar-Cave.html>.

³ Le Pichon, X. *Aux racines de l'homme: de la mort à l'amour*. Presses de la Renaissance, 1997.

Os médicos lidam com o corpo e o espírito dos outros homens desde antes do nascimento até ao ocaso da vida. As pessoas que vivem o nosso tempo são os sujeitos e os destinatários do nosso labor, muitas vezes encontrados em situações de precariedade extrema. Os médicos vêem os seus semelhantes nas suas circunstâncias concretas, vivendo numa família, num certo lugar, falando uma língua, participando numa comunidade, projectando nos outros uma certa imagem de si próprios e dos que os envolvem, com um desempenho social que lhe é atribuído pelos seus companheiros.

O tema da cultura tem sido amplamente aprofundado nos textos dos quatro últimos Papas. Seguirei de perto os admiráveis textos de Bento XVI e de João Paulo II, que em numerosas circunstâncias, nomeadamente nas suas encíclicas e nos seus discursos, extensamente se referiram aos domínios da cultura. Sua Santidade Bento XVI, durante a visita ao nosso país em Lisboa, no Centro Cultural de Belém, dirigiu-se aos cultores do pensamento, das ciências e das artes num notável discurso, ao qual tive ocasião de assistir, referindo-se à cultura como a um tema que lhe era particularmente grato. Também noutras ocasiões como nas conferências em Ratisbona, no discurso que não chegou a ser proferido na Universidade de Roma, na sua presença no Reichstag em Berlim, o Papa Bento XVI abordou os temas universais da cultura. Referir-me-ei também naturalmente aos próprios textos conciliares, nomeadamente ao texto da *Gaudium et Spes* (Capítulo II da II Parte do, § 53 a § 62) o qual foi dirigido ao progresso cultural das sociedades.

As lições do Professor Padre Manuel Antunes tiveram uma profunda influência na formação universitária de muitos dos seus discípulos. Tive acesso a alguns dos admiráveis textos publicados referentes às suas aulas na Faculdade de Letras de Lisboa. Farei referência aos seus conceitos no contexto dos temas a que aqui me referirei.

Quero invocar a figura de *S. Lucas* quando me refiro à Medicina e à Cultura. S. Lucas, segundo a tradição, foi o autor do Terceiro Evangelho e dos *Actos dos Apóstolos* - o terceiro e o quinto livros do Novo Testamento. S. Lucas não era judeu. Era um sírio de Antioquia, médico de profissão. Tornou-se discípulo dos apóstolos e mais tarde seguiu Paulo até ao seu martírio em Roma. Alguns autores referem-se a Lucas como sendo "*um dos Setenta, um dos discípulos de Emaús e parente de Paulo*". Outra tradição cristã defende que foi o primeiro iconógrafo, um pintor, e que terá pintado imagens da Virgem Maria, de S. Pedro e de S. Paulo. É o santo padroeiro dos pintores, dos médicos e dos curandeiros. Por isso, mais tarde, as guildas medievais de São Lucas, na Flandres, e a Academia de São Lucas, em Roma - associações imitadas noutras cidades européias durante o século XVI - protegiam com as suas encomendas de obras de arte os pintores e os artistas plásticos. A tradição retrata-nos S. Lucas como um homem de fé e de cultura que descreveu com grande objectividade a vida de Cristo no Terceiro Evangelho e a vida dos primeiros cristãos nos Actos dos Apóstolos.

Hipócrates tornou-se um símbolo erudito da nossa actividade na Medicina como atitude científica e ética. Nos aforismos que lhe são atribuídos preconizava a observação e a racionalidade como os principais instrumentos da medicina e uma atitude ética que está ainda presente na prática médica actual.

2 - Conceitos de cultura

S. Tomás de Aquino foi um importante teólogo, filósofo e padre dominicano do século XIII. É considerado um dos principais representantes da escolástica (linha filosófica medieval de base cristã). Foi o fundador da escola tomista de filosofia e teologia que procurou utilizar a filosofia grecolatina clássica (principalmente de Aristóteles) para compreender e enquadrar a revelação religiosa do cristianismo no pensamento dominante da sua época. São Tomás dizia que

para compreender as ideias não lhe interessava apenas conhecer a origem e a história das palavras que se utilizam ou o que os autores tinham dito sobre os assuntos que abordava, mas o que realmente pretendia era conhecer a verdade das palavras e o seu sentido rigoroso. Nós, herdeiros de outras linguagens e de outros saberes, precisamos de limitar os conceitos, conhecer as origens das palavras que os designam e também a sua evolução ao longo da transformação da linguagem para melhor os poder entender e enunciar.

Seguindo o Padre Manuel Antunes, *cultura* é uma palavra latina com a mesma raiz das palavras *culto* e *cultivo*, que se aplicam a domínios tão diversos como a actividade nos campos, nas letras e na amizade entre as pessoas. Os autores clássicos (Cícero e Horácio) referem-se, por extensão do conceito, à cultura do próprio espírito no sentido do homem, ele próprio, se tornar verdadeiramente mais humano, isto é, de se tornar mais perfeito. De onde e originariamente: *cultura é a acção que o homem realiza quer sobre o seu meio quer sobre si mesmo (sobre a natureza) com o objectivo de uma transformação para melhor.*

Na verdade, existe uma notável variedade de conceitos de cultura. Partiremos da distinção mais geral de cultura em sentido restrito e em sentido lato.

- a) Em *sentido restrito* (subjectivo-activo), *cultura* significa *a formação do homem pela educação das suas faculdades corporais, intelectuais, morais e religiosas no sentido de promover a capacidade para entender e elaborar as produções mais elevadas do espírito humano e de progredir nos vários domínios do ser.* Denomina-se então cultura clássica, douta, humanista, erudita, sendo então criticada por alguns como sendo intelectualista, classista, restrita, elitista, distante do homem comum, etc.
- b) Em *sentido amplo* (objectivo) *cultura* indica o conjunto das manifestações características da vida dos povos e das comunidades. É a cultura em sentido antropológico, vital ou

existencial, tomada por alguns como populista ou basista. Esta pode ainda desdobrar-se em dois vectores mais importantes: um dirigido à capacidade para interpretar as grandes produções espirituais do passado comum (ligada à tradição); outro é o vector etnológico que constitui um conjunto estável de características e de atributos colectivamente assumidos, de manifestações de grupo, de mitos partilhados, de instituições, de hábitos, de costumes, de práticas, de sentimentos comuns que transmitem às pessoas em comunidade sentimentos de pertença e de participação num grupo determinado.

Admito que a distinção entre os vários conceitos de cultura seja tomada como irrelevante e ultrapassada pelas abordagens sistémicas mais actuais, que mostram a cultura como uma realidade global, complexa, dinâmica e mutável, admitindo-se sempre subcategorias e divisões segundo características que tomam frequentemente feições específicas. A cultura é então tomada como um sistema global que abarca múltiplas expressões da vida social, quer de âmbito geral, quer de âmbito sectorial, estas referindo-se a certos segmentos da vida social limitados, agrupando sempre uma massa crítica de intervenientes com certas afinidades que lhes são comuns. Assim ocorre nos domínios das artes, das ciências, dos desportos, na participação em certas actividades, ou na associação por certos interesses partilhados, etc.

O texto da *Gaudium et Spes* refere-se à cultura com uma definição mais pormenorizada e completa. *É o conjunto dos meios pelos quais o homem aperfeiçoa e desenvolve as múltiplas capacidades da sua alma e do seu corpo; procura submeter o próprio cosmos ao seu poder com o conhecimento e com o trabalho; torna mais humana a vida social quer na família quer em toda a sociedade civil mediante o progresso dos costumes e das instituições; por fim, com o tempo, expressa, comunica e conserva nas suas obras as grandes experiências e aspirações espirituais, a fim de que possam contribuir*

para o progresso de muitos e até do género humano. Exprime-se frequentemente por modelos explícitos de comportamento adquirido e transmitido, conscientes ou inconscientes, em ideias tradicionais e em valores a elas associados; por símbolos que se materializam em gestos, imagens e artefactos, os quais, presentes, tendem a demonstrar o sentido de pertença e a aumentar a coesão do grupo. Estes sinais integram uma certa forma de viver e de comunicar que favorece o desenvolvimento das comunidades, promove o sentido da autonomia, da liberdade, da responsabilidade, da criatividade, dos costumes, dos valores espirituais e morais, dos hábitos, das atitudes, das crenças, dos modos de vida e de acção. Estas características permitem entender as razões pelas quais uma determinada sociedade precisa de assumir uma certa cultura para existir, para se conservar e para se desenvolver. Sublinho que o conceito expresso na *Gaudium et Spes* se refere como uma das características da cultura a capacidades de comunicar, de ter expressão, de se explicar, de evoluir, de se renovar, características sem as quais tenderá para a sua degradação e extinção.

Percebe-se então que, no concreto, todas as sociedades humanas assumem um certo número de características que se ligam às suas condições próprias, históricas e geográficas. Assim, diz-se que existe pluralidade de culturas no sentido etnológico. Isto é, existem diferentes modos de usar as coisas, de se exprimir ideias, de trabalhar, de manifestar os costumes e as tradições próprias, de praticar a religião, de estabelecer leis e instituições, de desenvolver as ciências e as artes, de cultivar a beleza. O que, naturalmente, dará origem a diferenciadas escalas de valores e a múltiplos estilos de vida.

Assim se constitui o património daquilo que se designa por *civilização*, que é uma palavra relativamente recente e utilizada apenas depois do Século das Luzes (P. Manuel Antunes). O conceito de civilização originalmente tinha três acepções fundamentais:

- a) o primado da vida comunitária sobre a vida solitária;

- b) o primado da vida na cidade sobre a vida do campo;
- c) o primado do homem polido pelo convívio social sobre o homem primitivo e selvagem.

Na actualidade *civilização* é um conceito complexo que se relaciona com a Antropologia e a História. Refere-se a uma ordenação das sociedades segundo os diferentes níveis da sua elaboração cultural nos vários domínios. Podem utilizar-se seis categorias ou factores, que evidentemente não são restritivas:

- a) a *geografia*: o ordenamento dos solos e das riquezas naturais; a adaptação das comunidades e da arquitectura às condições climáticas e ambientais; os meios de comunicação; a protecção do ambiente e o combate às formas de poluição.
- b) a *tecno-ciência*: a arte de dominar a natureza que pode ir dos meios mais rudimentares, como a utilização das ferramentas primitivas como a roda, ao tratamento dos metais, à produção e utilização da energia, à utilização da electricidade, à utilização da electrónica e dos instrumentos mais complexos que permitem a imitação das funções do cérebro humano.
- c) a *organização social e política*: das famílias às comunidades locais, às cidades, às nações; à distribuição dos bens e da riqueza, à organização dos vários graus do ensino escolar e académico, ao acesso aos cuidados de saúde.
- d) a *cultura propriamente dita*: as concepções dominantes no mundo e as concepções da vida expressas em ideias, formas, estilos, sentimentos e comportamentos nos domínios da literatura, das artes, da filosofia, da religião, das ciências e das instituições jurídicas.
- e) a *dinâmica interna*: as interacções dialéticas e a harmonia de todos os elementos que compõem uma sociedade de modo a constituírem uma história e um património comuns formando um conjunto vivo com a protecção dos mais fracos e vulneráveis, a integração dos grupos desfavorecidos, a

existência de liberdades pessoais, o grau de participação em instituições comuns, a coerência interna e a originalidade.

- f) a *dinâmica externa*: as relações com outras sociedades através do comércio, de manifestações de hostilidade e a existência de guerras, de alianças, de opressão, do domínio ou da escravidão de grupos, de importação ou de exportação de ideias, de estilos de vida, da manufactura de artefactos, etc.

O texto da *Gaudium et Spes* refere-se aos grandes acontecimentos do Século XX e às suas consequências históricas, culturais e sociais: a exaustão da modernidade, a desagregação das ideologias e do pensamento utópico (positivismo, cientismo, nazismo, marxismo) e o retorno a uma certa forma de irracionalismo (pensamento débil, característico daquilo que se designa por pós-modernidade).

Refere-se o **cientismo** como a atitude que aceita que a verdade última das coisas termina nos dados das ciências que se admite esgotarem toda a realidade. Como os dados das ciências variam com o a evolução do conhecimento, com os observadores, com as interpretações, com as correntes do pensamento, sustenta-se que a razão não pode ter acesso ao conhecimento do real e da verdade. Portanto, admite-se que nada existe com um carácter absoluto e imutável.

Como exemplo do cientismo pode invocar-se o das neurociências como um contributo para o estudo do homem. As neurociências descrevem o cérebro humano como um conjunto muito complexo de processos e de interacções neuronais, o que tem constituído um avanço muito valioso no conhecimento da fisiologia do sistema nervoso central e da psiconeurologia. As questões polémicas começam a existir quando as ciências tentam explicar a pessoa humana a partir destes processos. Reduzindo a pessoa a um encadeamento de fenómenos biológicos, as neurociências transformam-se numa neurofilosofia que pretende descrever toda a verdade do homem, criando uma visão materialista, sem qualquer referência à sua origem e finalidade.

A posição simplista pode definir-se deste modo: o corpo do homem funciona desta maneira e por isso se explica. É o *homem*, uma vez mais, posto em questão.

O **relativismo** sustenta que os planos da organização das sociedades, os critérios de decisão, mesmo os que envolvem os destinos de milhões de seres humanos, podem subordinar-se às pessoas, às épocas, às culturas e aos interesses conjunturais. Dizendo de outro modo: os relativismos sustentam que nada existe seguindo critérios universais que seja definitivamente verdadeiro ou definitivamente falso, ou definitivamente *o bem* ou definitivamente *o mal*.

Estas ideias transformaram-se num modo de viver, numa prática que se encontra infiltrada em diferentes domínios e que assume muitos rostos nas sociedades do mundo de hoje, atravessando todas as fronteiras linguísticas e culturais que ainda permanecem.

Assim, hoje torna-se ainda mais urgente uma cultura científica e tecnológica válida e apoiada na cultura das *Humanidades* e em critérios éticos que responda aos processos actuais de *complexificação* e de *mundialização* de todas as culturas. O irracionalismo pós-moderno com as suas características niilistas e relativistas não tem fundamentos conceptuais que permitam encarar e resolver as grandes questões emergentes nas sociedades actuais. As propostas de solução para as questões da cultura actual exigem uma concepção global e o contributo das várias disciplinas que estudam o Homem: as científicas, para as indicações das metodologias e para a análise do real; as históricas, para a interpretação e para as reflexões críticas; as éticas e as teológicas, para as propostas de orientação sobre as finalidades, significados e os valores últimos da vida do homem. Os vários saberes (ciências, história, antropologia, filosofia e teologia) deverão encontrar pontes de diálogo e modos de colaboração para ser possível ultrapassar as incompreensões e os conflitos que surgiram na modernidade. As novas relações interdisciplinares deverão ser rigorosas, objectivas, serenas e construtivas para elaboração de uma verdadeira cultura integral e harmónica, que possa verdadeira-

mente designar-se por *cultura humanista* – uma cultura do homem e da vida humana.

3 - Aplicações práticas

Mas então, o que procuram os homens?... Procuram o significado da sua Existência, o sentido do Ser, a finalidade da Vida. Buscam a harmonia, a beleza, a alegria, a felicidade, a verdade. Procuram a unidade do Ser. Os homens procuram Deus...

Os médicos são os portadores da Esperança. Através das atitudes, da atenção, das palavras, da dedicação, da capacidade de comunicação, do apoio pessoal, do conhecimento das ciências, do domínio das tecnologias. É esta a nossa profissão. Todos aqueles que nos procuram por sermos médicos fazem-no porque têm a expectativa de uma solução para uma ameaça ou para uma difícil situação existencial; e pretendem uma atitude de apoio da nossa parte. Muitas vezes pedem-nos que juntemos os elementos de um complexo *puzzle* que são hoje a organização dos cuidados de saúde. A medicina tem respostas que têm o fundamento actual numa evolução científica e tecnológica que nos tempos em que nos foi dado viver tiveram um avanço vertiginoso. Mas a sua prestação com eficácia e justiça nas sociedades contemporâneas pressupõe uma organização extremamente complexa na qual participam todos os sectores das sociedades. Para vivermos neste mundo complexo em favor dos que em nós confiam precisamos de dominar uma cultura científica, tecnológica, organizacional e comunicacional. Hoje também com evidentes traços económicos e políticos.

Precisamos, enfim, de uma cultura humanística que nos faculte uma visão global do mundo em que vivemos, para entender os doentes que em nós confiam com diversificadas linguagens e maneiras de ser; e também compreendermos os nossos interlocutores do mesmo ofício, os nossos colegas, no sentido transmitirmos com rigor as mensagens que se referem aos doentes e às doenças. Precisamos

de uma cultura espiritual para conhecermos os nossos limites e apoiarmos os doentes no seu sofrimento, nas suas angústias e nas situações extremas em que os encontramos. Precisamos de uma cultura religiosa para entendermos o nosso papel de portadores de Esperança, porque em Deus tudo tem sentido, tudo tem continuação e nada termina...

Relembro as palavras que o Santo Padre Bento XVI nos dirigiu na sessão do Centro Cultural de Belém: “*O evento conciliar colocou as premissas de uma autêntica renovação e de uma nova civilização – a «civilização do amor» - como serviço evangélico ao homem e à sociedade. A Igreja sente como sua missão prioritária, na cultura actual, manter desperta a busca da verdade e, conseqüentemente, de Deus; dispor as pessoas a olhar para além das coisas penúltimas e procurarem as últimas. Convido-vos a aprofundar o conhecimento de Deus tal como Ele Se revelou em Jesus Cristo para a nossa total realização. Fazei coisas belas, mas sobretudo tornai as vossas vidas lugares de beleza.*”

Referências

- *Gaudium et spes*, 53-62.
- Manuel Antunes. Teoria da Cultura. Edições Colibri. Lisboa. 1999.
- *Lúmen Gentium*, 17.
- *Sollicitudo rei socialis*, 46.
- *Veritatis splendor*, 53.
- *Fides et ratio*, 70, 71, 85.
- João Paulo II. Alocução à Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Paris; 20/06/1980.
- Carta de Fundação do Conselho Pontifício da Cultura. Cidade do Vaticano, 20/05/1982.
- João Paulo II. Discurso ao Corpo Diplomático. Cidade do Vaticano, 09/01/1989.

- João Paulo II. Discurso à Academia Pontifícia das Ciências. Cidade do Vaticano, 29/10/1990.
- João Paulo II. Discurso à Assembleia Geral das Nações Unidas. Nova Iorque, 05/10/1995.
- Conselho Pontifício da Cultura. Cidade do Vaticano, 23/05/1999.
- Bento XVI. Discurso do Papa no Encontro com os Representantes do Mundo da Ciência em Munique. Universidade de Ratisbona, 09/10/2006.
- Bento XVI. Discurso do Papa preparado para o Encontro na Universidade de Roma “La Sapienza”. Roma, 15/01/2008.
- Bento XVI. Discurso do Papa no Parlamento Federal da Alemanha. Berlim, 22/09/2011.
- Bento XVI. Discurso do Papa no Centro Cultural de Belém. 12/10/2010.
- *Spe salvi.*
- *Deus Caritas est.*
- *Caritas in Veritate.*

BIOÉTICA EM SAÚDE E AS RESPONSABILIDADES DO ESTADO SOCIAL*

Daniel SERRÃO

Introdução

O tema que me foi proposto para esta conferência de encerramento é tão aliciante como difícil.

A Saúde, no amplo sentido que lhe atribuiu a Organização Mundial de Saúde, deixou de ser, apenas, uma preocupação da pessoa individual para assumir um lugar central e preponderante em toda a vivência social.

A OMS, em decorrência da definição que cunhou e teve sucesso, veio afirmar, em 1995¹, que devem ser considerados, como determinantes da saúde, os seguintes componentes do viver social “a paz, a habitação, a educação, a alimentação, o rendimento, um eco-sistema estável, recursos “sustentados”, justiça social e equidade”.

Com esta clara tomada de posição a OMS coloca a Saúde muito para além da actividade médica, onde o conceito de saúde viveu abrigado durante séculos, pois qualifica-o como um bem social em sentido amplo. Ou seja não apenas como um bem económico, o que

* VII Encontro Luso-Brasileiro de Bioética, Lisboa, 19 Julho 2012

¹ Health in Social Development – WHO Position Paper, WHO, Genève, 1995, pg.1

será uma visão muito redutora quando se pretende lidar com um conceito abrangente de saúde.

Do mesmo passo, a OMS convoca para a reflexão e para o debate a bioética e, nela, os temas ligados à dignidade humana como a equidade, a solidariedade e a vulnerabilidade.

Está pois justificado o título; uma análise bioética da problemática global do que designamos por Saúde, sinaliza diversas responsabilidades ao Estado Social moderno; que é aquele Estado que não se limita aos problemas sociais de natureza financeira mas aspira a dar aos cidadãos todas as condições para que eles possam ter uma vida boa, tranquila e pacífica.

Tratarei, em primeiro lugar, das fronteiras desta aspiração social e depois das acções para a concretizar.

2 – As fronteiras da magna questão de saúde

Pessoalmente considero que é possível identificar duas fronteiras: a dos recursos e a das pessoas.

A fronteira dos recursos refere-se à sua escassez. Abundam os estudos feitos em todo o mundo sobre como sustentar os custos para tornar saudáveis as cidades – sem barreiras arquitectónicas, com ar puro, água potável, lixos tratados, esgotos orgânicos e químicos saneados, etc., etc. – para que a saúde dos cidadãos seja protegida e a doença evitada.

Mas os gestores das nossas cidades dão prioridade a estes custos para que vivamos em cidades saudáveis? Parece-me bem que não.

Depois, como encontrar recursos para desenvolver ao nível de cada País, as custosas medidas de prevenção primária e secundária de doenças evitáveis e de doenças que podem ser curadas com o diagnóstico precoce?

Finalmente como encontrar formas de financiar a oferta de cuidados de saúde gratuitos a todos os cidadãos que adoecem?

Estas são as fronteiras.

Abundam os estudos e abundam as propostas; mas são raros os Países onde há um progresso consistente no sentido de se atingir uma boa solução; na maior parte, e fruto de condições históricas de grande peso, a prioridade é dada aos cuidados hospitalares que tratam situações agudas e graves, deixando a medicina geral e familiar, que atende a maior parte da procura – cerca de 80% em Portugal – para segundo plano; a prevenção do adoecer, pela educação para a saúde, para terceiro, a promoção dos meios de diagnóstico precoce, para quarto e a transformação das cidades, onde vive a maioria dos cidadãos, em cidades saudáveis, para o último lugar.

O que significa que não havendo recursos financeiros para pagar as despesas hospitalares, sempre inexoravelmente crescentes, todas as outras intervenções são minorizadas ou anuladas ou, até, esquecidas.

Mas todos sabemos que erradicar o mau hábito de fumar por meio de sérias e competentes campanhas de marketing negativo, hoje com a participação dos especialistas de neuromarketing, retiraria dos Hospitais um grande número de doentes de cancro do pulmão, da língua, da mucosa bucal, da laringe e da bexiga, além de enfisemas pulmonares e de enfartes do miocárdio em homens e, agora, também em mulheres jovens.

O mesmo se pode afirmar das medidas que podem evitar a obesidade patológica e a diabetes, o alcoolismo crónico com dependência ou a infecção pelo VIH – SIDA.

Cada um dos doentes com estas patologias que recorre aos dispendiosos tratamentos hospitalares que, em muitos casos não curam a doença e a pessoa morre ou é transformada em doente crónico, incapaz para qualquer actividade profissional e com uma pesada factura diária de medicamentos, cada dia mais caros, cada um deles, dizia, apresenta na sua biografia os motivos do seu adoecer; mas e todos esses motivos podiam ter sido inexistentes com uma apropriada educação para a saúde, muitíssimo mais barata e eficaz que o dispendioso tratamento hospitalar, muitas vezes, como disse, ineficaz.

O dilema ético do estabelecimento de prioridades no uso dos recursos financeiros, quando insuficientes para que possam ser tomadas todas as decisões desejáveis, é que se os doentes estão aí, terão de ser tratados agora e não amanhã; mas os resultados de uma boa educação para a vida saudável e de intervenções de prevenção e de diagnóstico precoce, só vão aparecer amanhã, um amanhã de dez anos ou mais.

Porque gastar em prevenção é investir, para se receberem os lucros no futuro.

Mas gastar em tratamento hospitalar é perder quase todo o rendimento futuro; é delapidar o capital na óptica financeira clássica.

É certo que a opção financeira pelos “futuros” desgraçou o presente e provocou a crise, mas neste terreno o objecto em causa era o dinheiro, ficcionado em computadores, e não as pessoas concretas, à porta de um Hospital, a precisarem de ajuda. Se não forem atendidas e tratadas não terão futuro nenhum.

Escrevi uma vez² e cito-me que “*A protecção da saúde é, verdadeiramente, um direito civilizacional, de todas as civilizações, antigas e modernas, cada uma à sua maneira, mas em todas com o objectivo de restituir ao Homem um equilíbrio perdido*”.

Desta afirmação, que reitero, tem-me sido atribuída, por comentadores, outra afirmação, que nunca fiz, de que o **acesso** a cuidados de saúde é um direito civilizacional; o que lhe daria um impressionante valor bioético.

Cabe aqui referir, antes de abordar a natureza deste direito de acesso, que na preparação da Convenção dos Direitos Humanos e da Biomedicina, do Conselho da Europa, que é um texto jurídico com

² – Serrão Daniel – A protecção da saúde como direito civilizacional. In Afectação de recursos para a Saúde: perspectiva para um novo SNS. Gráfica de Coimbra. 2003. Pg. 11-20.

força de lei no Direito interno dos Países que a subscreveram, foi muito duro o debate quanto a este direito.

A proposta dos Países ricos, na época, era de afirmar simplesmente que os cidadãos têm direito a um acesso equitativo a cuidados de saúde de qualidade apropriada.

Esta proposta foi recusada por numerosos Países e não conseguiu vencimento, sequer maioritário. Para conseguir os dois terços de votos favoráveis, o Artigo 3 da Convenção ficou com a seguinte redacção:

“Artigo 3 – As Partes, tendo em consideração as necessidades de saúde e os recursos disponíveis, deverão tomar as medidas apropriadas, com vista a providenciar, dentro da sua jurisdição, igualdade de acesso aos cuidados de saúde de qualidade satisfatória”.

Paula Martinho da Silva³ no seu livro de 1997, assinala, com aguda perspicácia e louvando-se no Relatório explicativo, que esta disposição, tal como está redigida “não pretende criar um direito subjectivo invocável por cada pessoa ao Estado, mas tende a compromê-lo a tomar, no quadro da sua política social, as medidas próprias com vista a assegurar o acesso equitativo aos cuidados de saúde”.

Eu que participei durante sete anos, nos debates que ocorreram nos sucessivos Plenários do Comité Director de Bioética que elaborou a Convenção, posso confirmar que o texto finalmente aprovado, tem como objectivo permitir que os Estados limitem a oferta dos cuidados de saúde aos que possam, como Estado social, pagar a todos os cidadãos.⁴

³ Silva, Paula Martinho – Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina. Anotada. Edições Cosmos. Lisboa. 1997. Pg. 36-37.

⁴ Serrão Daniel. A questão essencial. Prefácio a Prioridades na Saúde. Nunes, R. e Rego, G. McGraw Hiel. Lisboa. 2005. Pg. IX-XX.

Abordando este tema num ensaio que serviu de Prefácio a um livro sobre Prioridades na Saúde escrevi “*A questão essencial é a de o colectivo nacional, todos os cidadãos, ricos, remediados e pobres, decidirem sobre a natureza do direito fundamental à protecção da saúde e sobre as formas de lhe dar satisfação*”.

É claro para os analistas e especialistas da Teoria dos Direitos que este direito fundamental está enquadrado na categoria dos chamados direitos económicos, sociais e culturais, ou direitos de terceira geração, após os direitos “negativos”, “positivos” respeitantes à liberdade de todos os seres humanos.

Ora, os direitos da terceira geração, como é geralmente admitido, embora fundamentais, estão condicionados pela existência de recursos para os satisfazer e o legislador não deixará de cumprir a Constituição da República quando disponibilize apenas os recursos possíveis, cujo consumo não impeça a satisfação de outros direitos fundamentais ou não torne inviável o próprio Estado, minando o seu tecido económico e social.

O debate clarificador sobre a natureza limitada deste direito tem de ser feito, para que a população tome consciência de que dar tudo a todos em todo o território nacional não é uma exigência constitucional absoluta mas sim um direito limitado pelos meios financeiros disponíveis que podem ser inferiores aos necessários.

O segundo aspecto desta questão essencial sobre a natureza do direito fundamental à protecção da saúde é o seguinte: enquanto os direitos civis e políticos, como direitos fundamentais individuais se proclamam para defender os cidadãos contra toda a qualquer intervenção do Estado, os direitos sociais, de terceira geração, e, particularmente, o direito à protecção da saúde, proclamam-se para exigir a intervenção directa do Estado para a sua satisfação.

Assim, o Estado pode e deve intervir para que todos os cidadãos tenham acesso aos meios que protegem a saúde. A questão essencial é: como intervir.

O como intervir deve ser uma decisão dos cidadãos e não ser um acto de puro voluntarismo legislativo como aconteceu com a criação do Serviço Nacional de Saúde, apresentado (diria, imposto) aos cidadãos (passivos) como a única forma de o direito à protecção da saúde ser satisfeito.

Ora, porque se trata de um direito relativo, ele deve ser relacionado com o estado de desenvolvimento económico da sociedade e das sociedades envolventes e deve ter em conta a posição ocupada pelos sujeitos deste direito na estrutura económica, financeira e social da sociedade (são ricos?, remediados?, pobres?).

Os direitos individuais são universais e iguais, são reconhecidos por igual a todo e qualquer cidadão, mas o direito à protecção da saúde não o pode ser porque as pessoas não precisam sempre, nem na mesma medida, de cuidados de saúde. O Estado não pode obrigar os cidadãos a terem todos o mesmo nível de saúde, igual à melhor saúde; o que não só seria impossível como obrigaria a discriminar positivamente os cidadãos de forma inversamente proporcional ao nível de saúde de cada um.

Por outro lado, os direitos individuais são exercidos de forma independente e pessoal mas o exercício do direito à protecção da saúde, por cada um, é inter dependente, influencia e é influenciado pela forma como os outros exercem esse direito, particularmente no que se denomina por saúde pública; em matéria de custos, pagar campanhas de promoção da saúde, acções de medicina preventiva, contracepção hormonal e, nalguns casos, fertilização *in vitro*, reduz, obviamente, a quantidade de recursos disponibilizados para o pagamento dos custos da medicina curativa individual.

O cuidado de saúde, quando é oferecido como um bem comum tende a ser sobre-utilizado, massificado, saturado e a desvalorizar-se ou esgotar-se, como tem acontecido com outros bens comuns de livre utilização.

Ao colocar-se, face a este direito fundamental, numa posição de liberdade passiva, o cidadão pressupõe a perfeição do Estado e

a maturação democrática de todos os cidadãos, ou seja, coloca o direito à protecção da saúde na perspectiva da Justiça.

Assim, o debate sobre a natureza deste direito implica o debate sobre as relações entre o Direito e o poder político, em ordem à efectivação da Justiça, que é um debate marcadamente ético.

Quando a política promete aos cidadãos saúde, trabalho, educação, habitação, protecção do meio ambiente, porque são direitos invioláveis da existência humana, e estas promessas não aparecem integradas numa teoria da justiça que fundamente um novo contrato social entre os cidadãos e tenha em conta a diversidade das situações e das necessidades de uma sociedade irremediavelmente estratificada, esta promessa política é demagógica e não favorece a justa satisfação dos direitos de terceira geração particularmente o da promoção da saúde pela prevenção e tratamento das situações de doença.

Natureza do direito e formas de o satisfazer no interior de uma sociedade democrática com instituições justas, constituem a questão essencial para que se possa debater, com seriedade, a estrutura do sistema prestador de cuidados de saúde que os cidadãos desejam ter e aceitam pagar.

É necessário que os cidadãos, ricos, remediados, ou pobres, exponham o seu ponto de vista, as suas expectativas e as suas opções.

É indispensável que todos os agentes de saúde, com relevo para médicos, enfermeiros e outros técnicos, possam apresentar as suas posições quanto aos modos como desejam exercer a sua actividade profissional, numa clara definição de direitos e de deveres.

Também os responsáveis pelas infra-estruturas deverão dizer de que forma as disponibilizam para que, nelas, os profissionais possam praticar os cuidados que os cidadãos procuram obter e dos quais necessitam.

A satisfação do direito fundamental à protecção, em todos os seus aspectos, da saúde de todos os cidadãos é uma questão de

Estado. Ao Governo cabe a responsabilidade de definir os grandes objectivos de uma política de protecção da saúde e de estruturar, com a intervenção dos destinatários dessa política, que são os cidadãos, e com os executores, que são os profissionais do sector, um Sistema que dê cumprimento aos diferentes aspectos da política aprovada. Cabe-lhe, ainda, decidir sobre as formas diversas de financiar o Sistema – que será um conjunto plural de acções estruturadas, com as quais serão atingidos os objectivos da política de protecção da saúde – e de avaliar a qualidade executiva de cada uma das peças do Sistema”.

Tem dez anos esta minha posição. O tempo decorrido apenas a confirmou e as fronteiras nela apresentadas tornaram-se, ainda, bem mais difíceis de atravessar com segurança.

Vou agora citar uma voz autorizada no nosso País.

A Eng. Maria de Lourdes Pintassilgo elaborou, em 1995, na qualidade de Membro do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida um Relatório notável, intitulado “Questões éticas na distribuição e utilização dos recursos para a Saúde”.⁵

Tratando, a fundo, da questão do direito à saúde reconhece que esta expressão inclui outros valores como o do direito a uma vida de família sã, à habitação, à alimentação saudável, à educação e outros, pelo que a questão “deve ser colocada em dois planos distintos: o plano dos direitos humanos, objectivo e universal; a o plano das necessidades, subjectivo e contextual. As decisões que emergem destes dois planos são necessariamente diferentes e complementares. Enquanto no primeiro plano predominam critérios de justiça no segundo avulta a compaixão”.

⁵ Pintassilgo, Maria de Lourdes – Questões éticas na distribuição e utilização dos recursos para a saúde.

Parecer 14/CNECV/95. Documentação. Vol. III (1995-1996) Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa. 1996.pg. 51-93. Acessível em WWW.cneqv.pt

3. Acções: avaliação e organização

Termino alinhando algo muito resumido sobre as acções. Tratarei apenas de duas: como avaliar a equidade de um sistema de protecção da saúde e como organizar um pacote de cuidados necessários financiado pelo Estado Social e balizado por princípios bioéticos.

A questão de avaliar como um sistema de cuidados respeita o valor da justiça como equidade no que se refere ao financiamento dos custos do tratamento das doenças pode ser alinhada segundo três sectores como o fazem Norman Daniels, Donald Light e Ronald Caplan.⁶

O primeiro sector é político e resume-se assim: é de esperar que, no espaço público, cada pessoa procure defender os seus interesses; porque se a pessoa não se protege a si e aos seus interesses ninguém o fará por ela. No mundo real não se pode esperar que a pessoa concreta sacrifique os seus interesses para o bem dos outros ou para o chamado “bem comum”, porque este bem comum é uma figura política abstracta e fraca que não resiste às arremetidas da política de interesses, esta bem mais objectiva e forte. Como se diz em linguagem comum, o dinheiro fala mais alto que as ingenuidades dos textos das Constituições políticas.

Daqui que os debates públicos sobre a equidade no financiamento dos custos da saúde acabam quase sempre em nada porque os interlocutores, políticos ou sociais, não conseguem abstrair-se dos seus interesses pessoais na questão.

O segundo vector, porventura o mais influente, é económico. Em teoria, o valor da justiça como equidade está fora do mercado e é, portanto, uma matéria adstrita à política e às suas decisões quanto à redistribuição do rendimento dos impostos ou seja ao

⁶ Daniels, Norman, Light, Donald & Caplan, Ronald Benchmarks of Fairness for Health Reform. Osford University Press, New York. 1996. Pg 11-13.

Orçamento das despesas públicas. Nesta perspectiva, os governos apenas se preocupam com a eficiência dos recursos alocados ao Sistema de prestação de cuidados, sem ter em conta que um sistema eficiente pode não ser um sistema justo e equitativo. Quando a teoria económica olha para a prestação de cuidados de saúde como um mercado imperfeito, que não acolhe conceitos tão básicos como o “gosto” ou a “preferência” dos consumidores, que são, neste caso, as pessoas doentes, ela está a colocar entre parêntesis a equidade como algo não científico que, por isso, não tem lugar na pura análise da eficiência económica dos sistemas prestadores.

O terceiro vector para a análise dos sistemas prestadores na perspectiva da equidade é o que reconhece a confusão, talvez deliberada, que é feita entre equidade, como um valor social, e “um acordo equitativo” entre os grandes interesses presentes neste universo da prestação de cuidados (dos quais é exemplo a grande indústria da produção e venda de medicamentos e de equipamentos técnicos), por um lado e a necessidade pessoal de cuidados, por outro. Um bom acordo para gastar menos dinheiro público em medicamentos, por exemplo, não tem nada a ver com a satisfação do direito a cuidados de saúde que é onde a equidade se deve respeitar.

Mas como podemos avaliar a equidade de um sistema de prestação de cuidados de saúde num determinado País? Tratar a fundo esta questão não cabe no tempo disponível. Darei, apenas, em síntese, os *dez critérios* que Norman Daniels utiliza.

O **primeiro** é o do acesso universal em estruturas adequadas que cubram o País.

O **segundo** é o de minimizar as barreiras ao acesso, que não sejam financeiras

O **terceiro** é que haja benefícios uniformes e abrangentes.

O **quarto** é um financiamento equitativo – a partir de contributos colhidos na comunidade

O **quinto** é um financiamento equitativo – em relação à capacidade para pagar os custos

O **sexto** é obter o melhor valor para o dinheiro – pela eficácia clínica

O **sétimo** é obter o melhor valor para o dinheiro – pela eficiência financeira

O **oitavo** é o da apresentação pública de contas transparentes para o cidadão comum

O **nono** é comparar os custos na saúde com os custos de outros bens sociais importantes como a educação ou criação de emprego para jovens.

O **décimo** e último, mas muito importante, é avaliar o grau de escolha pela pessoa doente do seu médico assistente, do especialista e da instituição que presta estes cuidados; bem como da possibilidade de obter uma segunda opinião.

Na proposta de Daniels a cada um destes tópicos, rigorosamente avaliados, por investigadores bem preparados – não a análise meramente casuística de que se alimentam os jornalistas para fins políticos menores – é atribuída uma pontuação e o score final mede o nível de realização da equidade no sistema de saúde nacional.

Aplicado à situação nos Estados Unidos o resultado numérico foi muito desfavorável.

É de prever que a aceitação final da proposta do Presidente Obama, mesmo atenuada quanto ao encargo financeiro público, possa melhorar a eticidade do sistema, no que respeita à equidade.

Nos Países europeus, com mutualização total ou parcial dos custos com os cuidados de saúde, a evolução deu-se do “*tudo para todos*” para “*o necessário para os que podem beneficiar*”

Esta opção é designada por pacote de cuidados necessários mas é, de facto, um racionamento das prestações no sentido que Peter

Ubel dá à palavra racionamento no seu célebre livro (7) sobre como dar um preço à vida.

Os campeões da criação do pacote básico são os Países nórdicos em especial Holanda, Suécia e, em certa medida, Dinamarca. Na Suécia, por exemplo, após um diálogo activo com os cidadãos, protagonizado pelos Deputados do Parlamento e com o empenho dos profissionais de saúde foi possível estabelecer os princípios político - financeiros e clínicos para com eles criar a lista dos cuidados que, pela sua eficácia clínica e pela sua eficiência financeira, merecem figurar no pacote básico que é da responsabilidade financeira do Estado Social.

Foram considerados os princípios éticos que já antes enunciei – a dignidade humana, a participação dos cidadãos, a equidade e solidariedade. Por isso as doenças raras ficam fora do pacote mas afirma-se que uma legislação especial garantirá recursos próprios a disponibilizar caso a caso.

O pacote básico não é uma lista fechada de diagnósticos e de tratamentos mas uma orientação para médicos e gestores atendendo às situações emergentes como é o caso dos surtos gripais ou de uma poluição radioactiva accidental ou da introdução de novos meios de diagnóstico e tratamento

Em minha opinião *o “racionamento” progressivo, com base num pacote de cuidados necessários eficazes e eficientes é socialmente justo, eticamente aceitável e contribuirá para a sustentabilidade do Estado Social na área da Saúde.*

Não é fácil no plano político, porque exige estabilidade governativa e muita coragem nas decisões

Não é fácil no plano social por aparecer como um corte nos chamados “direitos adquiridos”.

(7) Ubel, Peter, A. – Pricing Life – Why it’s Time for Health Care Rationing. Mit Press. Cambridge. Ma 2000.

Mas na actual situação das finanças públicas não tem alternativa.

A outra face da moeda é a desintegração da prestação pública, deixando desprotegidos os cidadãos carenciados o que é eticamente inaceitável e ofensivo da dignidade humana.

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE - SUSTENTAÇÃO ESTRUTURAL E FINANCEIRA -

Pedro ESTEVES*

Despesa pública de saúde em Portugal

O comportamento da despesa pública de saúde tem sido de forte crescimento ao longo das últimas décadas, com valores, na generalidade, superiores ao crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) - a título de exemplo, a despesa pública de saúde foi de cerca de 235 milhões € em 1980 (2,9% do PIB) e de 9.9776 milhões € em 2010 (5,7% do PIB). Esta diferença de crescimento entre a riqueza gerada pelo País e os gastos públicos de saúde, associada ao crescimento anémico do PIB na última década e ao programa de assistência financeira a que Portugal está sujeito desde 2011, com a consequente necessidade de redução do deficit público, colocou a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a necessidade da sua reforma na ordem do dia.

Situação Europeia

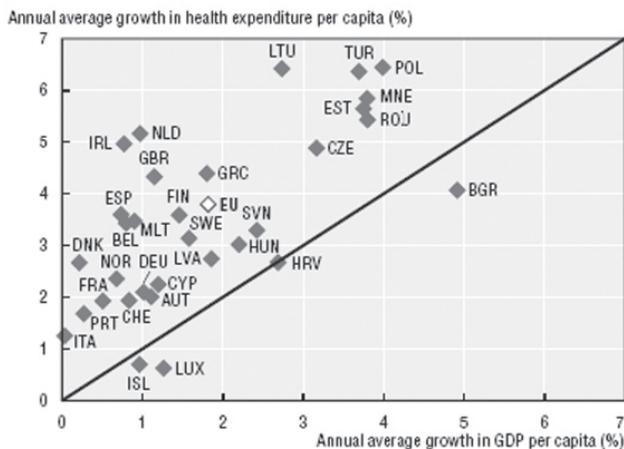
A situação de crescimento preocupante da despesa pública de saúde, não é um problema exclusivamente português, mas de todos os países europeus e desenvolvidos, em geral. As diferentes reformas já

* Administrador Hospitalar (Hospital de Santo António – Porto). Intervenção no VII Encontro Luso-Brasileiro de Bioética.

implementadas não têm tido o sucesso esperado, e não existe, até ao presente, uma solução que permita dar a sustentabilidade financeira necessária aos diferentes sistemas de saúde existentes, todos eles com uma componente de despesa pública muito forte.

O gráfico que mostramos representa a forma como nos diversos países o crescimento da despesa anual real em saúde e do PIB, per capita, se comportaram no período compreendido entre os anos 2000 e 2010. Em cima da linha diagonal temos os países em que o crescimento dos dois indicadores é idêntico, no triângulo inferior os países em que o crescimento anual do PIB per capita é superior ao crescimento anual da despesa per capita e, no triângulo superior, a situação inversa. Dos 32 países representados, apenas 4 mostram um crescimento anual da despesa em saúde igual ou inferior ao crescimento anual do PIB, havendo casos, como o da Irlanda, em que o crescimento anual da despesa per capita é mais de cinco vezes o crescimento anual do PIB per capita.

Crescimento médio anual real da despesa em saúde e do PIB, per capita - 2000 a 2010 ou ano mais próximo



Fonte: OCDE - health at a glance 2012

O comportamento da despesa corrente em saúde por tipo de prestação, apresenta em Portugal, variações importantes, face à média europeia: menos despesa no internamento, mais despesa no ambulatório, bastante menos despesa nos cuidados de longa duração e nos designados serviços coletivos que incluem saúde pública e despesas de administração.

O financiamento das despesas de saúde na União Europeia (UE) é feito maioritariamente pelo setor público. O caso português acompanha essa tendência, notando-se, no entanto, relativamente à média europeia, uma menor contribuição do setor público e maior dos pagamentos feitos pelas famílias.

Resultados do Sistema de Saúde Português

Com estes gastos elevados em saúde quais são os resultados que o sistema de saúde português tem obtido? A esperança média de vida à nascença é, para os dois sexos, superior à média da UE, embora, no caso dos anos de vida saudáveis a posição seja inversa, situando-nos manifestamente abaixo dos valores médios deste indicador para aquele conjunto de países, com uma diferença mais significativa no caso das mulheres. Considerando que os anos de vida saudáveis são aqueles que são desfrutados sem limitações de atividade, esta é uma situação inquietante, dadas as diferenças verificadas relativamente a outros países - depois dos 65 anos um português tem, em média, 4 anos de vida saudável, enquanto um sueco ou um norueguês têm mais de 14 anos de vida saudável.

O indicador onde apresentamos melhores resultados, é o da taxa de mortalidade infantil, no qual, em 2010, nos encontramos em segundo lugar, com 2,5 mortes por 1.000 nascimentos, logo a seguir à Finlândia e muito abaixo da média da União Europeia, cuja taxa é ainda de 4,2 mortes por 1.000 nascimentos. A taxa anual de redução conseguida neste importante indicador de saúde, nos últimos 30 anos (7,5%), é a melhor de todos os países europeus.

Já no caso da prevalência dos diabetes, Portugal apresenta-se com uma situação muito preocupante, apresentando em 2011 o maior índice dos países da UE. Considerando os custos associados a esta doença, isto pode representar um fator de crescimento da despesa muito importante no futuro próximo.

Eficiência do SNS

Quanto ao nível de eficiência do nosso SNS, diversos estudos realizados no País apontam no sentido de existência de um potencial de ganhos importantes neste âmbito, quer a nível global, quer a nível das suas principais áreas de prestação, destacando-se: uma auditoria do Tribunal de Contas (2010) que indica em 2008 ineficiências geradoras de um desperdício de cerca de 745 M€ no internamento e ambulatório das unidades hospitalares públicas; um relatório do Grupo Técnico da Reforma Hospitalar (2011) que aponta para um desperdício de cerca de 765 M€, resultado direto de utilização de preços per capita pagos às Administrações Regionais de Saúde, idênticos aos aplicados à Administração Regional de Saúde do Norte; um estudo recente da Escola Nacional de Saúde Pública (2011) que aponta para um desperdício, no conjunto do SNS, entre 1.300 M€ e 1.800 M€.

Contrariamente a estas avaliações, um estudo internacional desenvolvido no âmbito dos países da OCDE, permite uma outra conclusão: o ganho potencial em anos de vida à nascença, em Portugal, caso o nosso SNS tivesse uma eficiência idêntica à melhor dos países analisados, seria de cerca de 1,5 anos, resultado bastante inferior ao ganho médio do conjunto de países apresentado que é de 2,3 anos, apresentando portanto uma eficiência relativa boa.

Convém salientar que, embora exista seguramente uma margem de progressão na eficiência do SNS, não é possível atingir uma situação de eficiência absoluta neste âmbito, pelo que os valores apresentados nos estudos realizados pecam normalmente por excesso.

Tendência da despesa em saúde

Analisando os principais causadores do crescimento da despesa em saúde a médio/longo prazo, nada faz pressupor que a continuação do aumento da despesa em saúde tenha tendência a alterar-se: a demografia do País, com um envelhecimento populacional acelerado, vai contribuir para a subida da despesa, já que os idosos consomem mais cuidados de saúde, em particular nos dois últimos anos de vida; o aumento das doenças crónicas que já hoje representam cerca de 80% da despesa em saúde vai continuar a verificar-se, parecendo que Portugal está neste domínio, face a outros países, numa situação de desfavor; os avanços na tecnologia de saúde, nomeadamente na área do medicamento, permitem tratamentos mais efetivos, mas associados a custos mais elevados para os sistemas de saúde, como são o caso da introdução recente de um novo medicamento para a paramiloidose e da nova geração de medicamentos para a hepatite C.

O orçamento em 2013 da despesa pública em saúde

Os orçamentos da despesa pública em saúde, têm apresentado ao longo do tempo, um enorme desvio entre a previsão e a execução, a obrigar frequentemente a regularizações de dívida entretanto contraída. A partir de 2011 verifica-se uma diminuição substancial da dotação orçamental (- 6,8%), reduzida novamente em 2012 em 6,4%, sendo de referir o pagamento, nesse ano, de 1.900 M€ de dívida do SNS. Embora em 2013 esteja prevista uma ligeira subida da dotação orçamental (+ 3,7%), há três aspetos desfavoráveis a considerar: o pagamento de um dos subsídios aos profissionais do SNS durante este ano, quando em 2012 não tinha sido pago nenhum, a implementação da lei dos compromissos que retirou a capacidade de endividamento aos hospitais e, por último, a inflação que em 2011 foi de 3,6% e em 2012 de 2,8%, tornando os valores reais de redução orçamental bastante mais acentuados. As alterações da metodologia de financiamento dos hospitais públicos, com as limitações impostas

à atividade assistencial e o estabelecimento do princípio do orçamento global, apontam também para uma manifesta mudança de paradigma - a dos ganhos de eficiência realizados através dos aumentos de produção, para os ganhos de eficiência conseguidos através da redução de custos, com a dificuldade acrescida que isto representa, face à rigidez da generalidade destes.

Neste sentido, considerando a dificuldade em gerar, no curto prazo, ganhos de eficiência com a dimensão pretendida, capazes de equilibrar financeiramente o SNS, bem como a relativa indivisibilidade da sua despesa, a necessária contração desta pode obrigar à realização de cortes transversais sem uma perspetiva de manutenção da qualidade e do acesso aos cuidados de saúde, com custos futuros mais gravosos para o Serviço e para o País. A consolidação da sustentabilidade do SNS, passará sempre por uma profunda reorganização do atual modelo, para a qual é necessária um entendimento dos principais partidos políticos nacionais e a disponibilidade dos seus profissionais.

Bibliografia

- Costa, Carlos (2011), *Custos e Preços na Saúde*, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- INE, Conta Satélite da Saúde 2010-2011Pe.
- Ministério das Finanças (2010, 2011, 2012, 2013), *Relatório Orçamento do Estado*.
- OECD (2012), *Health at a Glance*.
- OECD (2010), *Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings*.
- PORDATA Base de Dados Portugal Contemporâneo.
- Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (2011), *Relatório Final*.
- Tribunal de Contas (2011), *Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde*.

DOENTES MENTAIS NA MADEIRA

TRAPICHE: UMA HISTÓRIA DE MUITAS HISTÓRIAS

Pe. Aires Gameiro

Os primeiros vinte e cinco anos da Casa de Saúde do Trapiche, na ilha da Madeira, tal como se chamou e teima em ser conhecida, deixam para trás a história doutro manicómio que saiu do nada e quase ia nele acabar. E deixa ainda para trás cinquenta anos em que os alienados tiveram seis camas em dois quartos de contenção; e, antes disso mais cinco séculos de vazio na assistência aos vulgarmente chamados loucos e tontos. Para trás da existência da Casa de Saúde do Trapiche, a fazer 90 anos, ficaram ainda quase vinte e cinco anos de projetos abortados pelo sectarismo jacobino maçónico e de preparativos persistentes para o contrariar.

Esta é uma síntese em meia dúzia de linhas que uma investigação em curso de alguns anos permite dizer de forma despreziosa. A história do Trapiche e a história dos seus antecedentes está tecida de histórias que se vão desfiando à medida que se toma contacto com mais uma e outra e outra fonte; e não há tempo para as caçar todas...

Por agora vou só voar por uma dessas histórias de 1920. Tratava-se de conseguir que os Irmãos de S. João de Deus viessem tomar a administração e enfermagem do Hospital de Loucos Câmara Pestana, ao serviço da Junta Geral. O manicómio não caminhava a contento

de quem o fundou nem de quem o sustentava nem de quem lá era assistido e de suas famílias.

E aqui se enxerta a história que vou resumir de uma acta da sessão de 28 de maio de 1920 da Junta Geral, cerca de 16 pp. manuscritas. Recordo que já tinha havido planos em 1900 para uma casa de saúde dos Irmãos antes de haver manicómio, e planos para os Irmãos criarem a sua casa de saúde paralela; planos que abortaram por a febre maçónica e a “republicanite” estarem a subir...

O Dr. Vasco Gonçalves Marques nesse ano de 1920 fora encarregado pela Junta Geral *«de visitar no continente da República alguns estabelecimentos em que se faz o tratamento de alienados, a fim de propor aquilo que intendesse conveniente para a remodelação do Manicómio Câmara Pestana, pois choviam as queixas sobre as suas condições»*. Visitou o Telhal e a Idanha e, já no Funchal, expôs as suas impressões em conferência de imprensa alargada. *«Limitei-me a apresentar um relato daquilo que tinha visto e o estado em que se encontra o Manicómio “Camara Pestana”». «No nosso Manicómio há prisões para doidos furiosos e não enfermarias onde possam curar-se os que são susceptíveis de cura, onde os doentes possam encontrar aquele carinho e conforto que lhes deve ser dispensado»* [etc. etc., continua ele].

E após várias considerações pergunta: *«Resumindo as minhas considerações: deve ou não entregar-se o tratamento dos nossos doidos aos religiosos e religiosas que no Telhal e na Idanha se dedicam com tanto altruísmo a essa delicada missão?»*. Anota-se que havia 30 procuradores e membros na sessão.

A Comissão da Associação do Registo Civil fez *«um protesto contra a admissão de qualquer religioso neste distrito»*. Mas foi igualmente apresentado um pedido de um grupo de cidadãos, com 2.372 assinaturas, para a *«entrega dos serviços de administração*

e enfermagem do Manicómio “Camara Pestana” aos beneméritos irmãos de S. João de Deus». E dão razões.

O procurador civil, por ofício, sugere que *«em face das Leis da República e do espirito liberal da Democracia Portuguesa, ouvido o diretor daquele estabelecimento hospitalar, consultando mesmo os especialistas ilustres sobre o assunto, que os há em Portugal, tomem uma resolução que corresponda a declarar impossível a enfermagem de doidos por indivíduos estranhos a irmandades religiosas»*. Seis dos presentes na sessão declararam-se contra a entrega; três declaram-se a favor e justificam. Um propõe uma comissão para *«exercer uma cabal e rigorosa fiscalização nos serviços do mesmo manicómio durante um ano» da qual discordam três dos presentes, e outro lamenta a falta de unanimidade»*.

Na última parte o Presidente desenvolve considerações, reflexões e lamentações críticas. Apenas um trecho das duas ou três páginas dos seus dizeres (das cerca de 15 da transcrição):

«O sectarismo que tantas desventuras tem acarretado a esta terra, mais uma vez se apossou de uma questão embora ela fosse de molde a merecer o interesse e respeito de todos. Não obstante o relato claro e desapaixonado do que observou no Telhal e na Idanha, os que se dizem livres-pensadores só viram o espectro das seitas religiosas e os católicos um triunfo para as suas crenças». O Presidente, absolutamente despreocupado da questão religiosa, pondo de parte todo o sectarismo, encarou a questão apenas sob o seu aspeto humanitário.

Passaram dois anos e os Irmãos iniciaram em 1922, não o plano B mas o plano D de dar início à Casa de Saúde do Trapiche, com as bênçãos do Senhor Bispo D. António Manuel Pereira Ribeiro, de numerosos benfeitores que se tornaram colunas da construção e que tornaram possível a sua inauguração, a 10 de agosto de 1924, e

o seu desenvolvimento nas décadas seguintes. A ironia da história quis que o Trapiche fosse inaugurado com 38 doentes vindos do tão criticado Manicómio Câmara Pestana nos 18 anos de primeira edição e quatro anos após a turbulenta sessão de ostracismo reacionário aos seguidores de S. João de Deus.

Funchal, 5 de Agosto de 2013*

* **Nota informativa:** A comemoração dos 89 anos de inauguração da Casa foi antecipada para o dia 8 e constou de Celebração de Missa de Ação de Graças às 10h30 com Irmãos, doentes, colaboradores, voluntários e vizinhos, presidida pelo capelão e Irmão Padre Aires Gameiro; às 15 horas houve no Bar Irmão Pimenta uma sessão em que tomaram a palavra o Irmão Superior, Horácio Monteiro, o Diretor, Eduardo Lemos e o P. Aires Gameiro. Houve ainda momentos musicais pelos artistas do grupo Tino Nobile. Terminou com a partilha do bolo de aniversário por todos os presentes.



TEMAS ACTUAIS

1. DEMOGRAFIA: EXPLOSÃO OU IMPLOSÃO?*

Pe. John FLYNN

No final do ano de 2011, a população mundial atingiu os 7 biliões. Este facto provocou o aparecimento antecipado de numerosos artigos, estudos e previsões que se situaram, em boa parte, no domínio do alarmismo malthusiano. Brendan O'Neill, no site *Spiked*, previra isso mesmo cerca de um ano antes dos tais sete biliões.

Assim, a bem conhecida revista *National Geographic* publicou em 2011 vários estudos sobre população, destacando, em Janeiro desse ano, alguns representantes do pessimismo demográfico. Entre eles, Jared Diamond, cujo livro *Collapse* afirma que o massacre de centenas de milhares de ruandeses em 1994 foi causado, em parte, pela superpopulação.

Porém, a revista apresentou igualmente o contraponto de algumas fontes autorizadas, não malthusianas. "A população, no seu conjunto, não está a caminho de uma explosão", escreveu Hania Zlotnik, diretora da Divisão de População das Nações Unidas, organismo que publica as informações estatísticas da organização, e que não é, portanto, uma agência de planeamento familiar.

Zlotnik também afirmou à revista que a velocidade com que a fertilidade decaiu em muitos países e culturas "é espantosa", e que

*Título e dados recolhidos e actualizados por "Acção Médica".

ainda não há um entendimento ou uma explicação sólida sobre como ocorreu o fenómeno.

Um exemplo muito claro e chamativo sobre até que ponto a fertilidade decaiu aparecera já num estudo publicado em 25 de Junho de 2010 pelo *Pew Research Center*, que mostra que quase uma em cada cinco mulheres norte-americanas termina os seus anos férteis sem ter tido nenhum filho, quando nos anos setenta a taxa era de uma em cada dez. De acordo com este estudo, as mulheres brancas têm mais probabilidade de encerrarem o ciclo fértil sem terem tido nenhum filho. Mas na última década, a percentagem de mulheres sem filhos aumentou mais rapidamente entre as mulheres negras, hispânicas e asiáticas, tendência que se mantém, o que tem conduzido a uma diminuição das diferenças raciais.

Os dados de outros países variam muito pouco, sendo em boa parte semelhantes. O relatório aponta que das mulheres nascidas em 1960, 22% das do Reino Unido não tiveram filhos; o mesmo se passou com 19% das da Finlândia e da Holanda, e 17% das da Itália e da Irlanda. A percentagem oscila entre 12% e 14% na Espanha, Noruega, Dinamarca, Bélgica e Suécia.

Conclusões Erradas

A *National Geographic* entrevistou também Joel E. Cohen, autor do livro *How Many People Can the Earth Support?*, publicado em 1995. Sobre o impacto de uma população maior e o aquecimento do planeta, este autor afirma: "Quem diz que todo o problema é a população está errado". Segundo Cohen, a população nem sequer é o principal factor.

O pai do malthusianismo moderno é mais pessimista. Em 14 de Janeiro de 2011, o jornal britânico *Guardian* noticiou que Paul Erlich, autor do livro *The Population Bomb*, publicado em 1968, considerou que a Terra já ultrapassou a sua capacidade máxima de habitantes. E, apesar de as predições-desastre do seu livro estarem

demonstradamente erradas, Erlich declarou-se agora mais pessimista do que quando escreveu o livro.

Uma organização britânica, a *Institution of Mechanical Engineers*, publicou em 14 de janeiro de 2011 um relatório com uma visão mais equilibrada. O estudo não minimiza os desafios de uma população em aumento, mas afirma que eles podem ser enfrentados.

Pela verdade quase dolorosa que encerra, merece ser citado Dominic Lawson que, em coluna de opinião para o jornal britânico *Independent*, em 18 de Janeiro (2011), comentava que o nosso apetite pelas más notícias sempre minimiza as boas. O seu próprio jornal apresentou o comentário num espaço breve, sem destaque, e outros jornais ignoraram-no completamente. Nesse seu artigo, Lawson observava que outro relatório publicado na semana anterior pelas agências nacionais francesas de agricultura e desenvolvimento também foi ignorado pelos meios de comunicação.

O estudo francês perguntava se uma população mundial de 9 bilhões, que é o máximo prognosticado, seria capaz de ter uma dieta de 3.000 calorias por dia. E a conclusão foi afirmativa.

Desafios excessivos?

Voltando ao estudo britânico citado atrás – *Population: One Planet, Too Many People?* (População: Um Planeta, Gente Demais?), ele começa por dizer que atender as necessidades de uma população que pode atingir cerca de 9 bilhões no fim do século "será um desafio significativo para os governos e para a sociedade em geral". Em seguida, examina quatro áreas-chave: alimento, água, urbanismo e energia.

Nas últimas décadas, houve enormes melhorias na qualidade e quantidade de **alimentos** produzidos, aponta o relatório. No começo do século XX, um agricultor dos Estados Unidos produzia o suficiente para alimentar 2,5 pessoas. Um século depois, o mesmo fazendeiro produz o suficiente para 97 norte-americanos e 32 pessoas que vivem no exterior.

Segundo o relatório, continuar aumentando a produção de alimentos não depende só de futuros desenvolvimentos tecnológicos. Um grande aumento pode ser obtido com a redução do desperdício. Nada menos do que 25% dos alimentos frescos comprados nos países desenvolvidos vai para o lixo.

Na Índia, por exemplo, perde-se a cada ano de 35% a 40% da produção de frutas e verduras antes de o produto chegar ao consumidor. Esta quantidade é maior que todo o consumo do Reino Unido e deve-se ao deficiente armazenamento e a uma gestão inadequada.

A capacidade para produzir alimento suficiente não garante em si que não haverá fome. O estudo observa que a fome é, em geral, um problema político ou de pobreza, mais do que uma questão de capacidade produtiva.

Quanto à **água**, o relatório informa que muitas das tecnologias e técnicas necessárias para garantir o fornecimento já existem.

O relatório pede mais prioridade à água nos projetos de desenvolvimento. Há muitas possibilidades, que vão da dessalinização até a reciclagem da água. Outro projeto a ser implementado é o de separar os sistemas de águas residuais (esgoto) e o de captação da água da chuva. Isto significaria que a água da chuva, menos contaminada, poderia ser armazenada nas épocas de precipitações mais fortes para ser usada nas épocas mais secas.

Os autores também propõem a reconsideração da prática actual de oferecer água tratada para quaisquer usos, inclusive aqueles que não precisam de água particularmente pura.

O desafio das cidades

Quase todo o crescimento das próximas décadas acontecerá em zonas urbanas de países em desenvolvimento.

"Como no caso de muitos outros temas relativos ao crescimento da população, não há assim tantas barreiras. Podemos achar soluções para uma urbanização crescente", opina o relatório.

É preciso planejar e garantir que as soluções escolhidas sejam as correctas e se adaptem às necessidades locais. Também é necessário encarar aspectos como o financiamento, a propriedade e a participação da comunidade.

Quanto à **energia**, o estudo ressalta que é difícil predizer a procura futura, e observa que as estimativas sobre quanto petróleo ainda resta variam muito. Novas tecnologias de geração de energia estão a ser desenvolvidas, apesar do alto custo.

O estudo, mais uma vez, afirma que não precisamos de basear as nossas esperanças numa futura tecnologia. “É provável, no entanto, que, apesar dos prognósticos de um aumento na procura futura, a tecnologia de engenharia, que atualmente se compreende relativamente bem e está numa etapa amadurecida ou numa etapa avançada de desenvolvimento, poderá contribuir para a energia requerida ao longo do século XXI sem necessidade de novos avanços científicos de importância”.

O texto adverte, no entanto que, ainda que estejam disponíveis as soluções, há dificuldades em áreas como a legislação, a economia e a política. Isso significa que terá de haver uma maior coordenação entre engenheiros, comunidades e governos.

O estudo conclui repetindo a afirmação de que o aumento prognosticado de população pode-se enfrentar com as tecnologias existentes. As barreiras que existem não são tecnológicas. E isto é algo que se deve ter em mente quando se é confrontado com cenários de desastres que os meios de comunicação costumam apresentar, com o prazer do anúncio da desgraça, que lhes é habitual.

2. LAICISMO E ATEÍSMO INTOLERANTE

Claudio FONTELES

O texto do Pe. Aires Gameiro sobre doentes mentais e o seu tratamento na ilha da Madeira durante a 1ª República, deixa bem saliente a feroz e disparatada perseguição a tudo e todos os que pudessem ter qualquer ligação com a Igreja Católica. Pensamos, por isso, que poderá ser útil o artigo escrito por Cláudio Fonteles, ex-Procurador Geral da República do Brasil, baseado na interpretação do Professor de Direito Constitucional José Gomes Canotilho.*

Não é de hoje que, e com persistência, as grandes empresas jornalísticas do nosso País, sempre que encontram amplo espaço público para questões pertinentes relativas à defesa da vida, ou à reflexão sobre a família, vociferam, dogmáticas, em defesa do que chamam: o *Estado laico*.

Querem estabelecer que a República laica não tolera o tratamento de assuntos religiosos, confinados, então, à consciência individual de cada uma das pessoas, e inaceitáveis à difusão pública.

Essa posição nada tem a ver com República laica. Conduz-nos a erro gritante, essa imposição do pensar, “politicamente correto”, a que nos submete o **establishment** mediático.

O consagrado Professor de Direito Constitucional José Gomes Canotilho, na sua obra *Direito Constitucional – 4ª edição* – a partir do estudo dos parâmetros republicanos da Constituição portuguesa de 1911, que encerrou o sistema monárquico, é correto ao ensinar que:

* Publicado no Blog pessoal <http://www.claudiofonteles.blogspot.com.br/>

“2. República laica:

Se no tocante à estrutura organizativa da República a Constituição de 1911 não fez senão recolher as ideias do liberalismo radical (e nem todas), quanto a outros domínios tentou plasmar positivamente, em alguns artigos, o seu programa político. Um dos pontos desse programa era a defesa de república laica e democrática. O laicismo, produto ainda de uma visão individualista e racionalista, desdobrava-se em vários postulados republicanos: **separação do Estado e da Igreja, igualdade de cultos, liberdade de culto, laicização do ensino**, manutenção da legislação referente à **extinção das ordens religiosas** (cfr. art. 3º, nºs 4 a 12). O programa republicano era um programa racional e progressista: no fundo, tratava-se de consagrar constitucionalmente uma espécie de “pluralismo denominacional”, ou seja, **“a presença na comunidade, com iguais direitos formais, de um número indefinido de colectividades religiosas, não estando nenhuma delas tituladas para desfrutar de um apoio estadual positivo.”** (obra citada – pg. 247/8)

Portanto, *Estado laico não é Estado ateu. Não é Estado que proíba sejam abordados temas religiosos no quotidiano das pessoas que nele vivem.*

O Estado laico, justo porque democrático e plural, **é o que garante a convivência pacífica e respeitosa dos que professam os mais variados credos, inclusive os que credo não têm.**

O Estado laico, insisto, respeita as convicções religiosas e sua livre expressão.

O mesmo emérito Professor José Gomes Canotilho, já agora analisando o tema à luz dos preceitos da Constituição portuguesa de 1976, **demonstra como o texto moderno enfatiza a ampla liberdade de manifestação religiosa.** Deve ler-se:

“2.2. A deslocação constitucional da “República laica”

1. A “laicidade da República”, a “República laica”, são também umas noções ligadas à tradição republicana. **Para além dos “mo-**

mentos emocionais” que o laicismo republicano transporta, pode dizer-se que ele assenta principalmente em três princípios: secularização do poder político, neutralidade do Estado perante as Igrejas, liberdade de consciência, religião e culto. Todavia, a Constituição de 1976, embora herdando alguns dos princípios republicanos de 1910 (cfr. supra, Parte II, Cap. 3, E, I), não adjetivou a República Portuguesa como “República laica” e deslocou os problemas fundamentais do “laicismo” para o âmbito dos direitos fundamentais. **Para além de evitar a reposição da “questão do clericalismo”, a Constituição considerou que, verdadeiramente, o que estava em causa eram problemas relativos a direitos, liberdades e garantias: liberdade de consciência, de religião e de culto, proibição de discriminação por motivos de convicções ou práticas religiosas, liberdade de organização e existência das igrejas e comunidades religiosas, liberdade de ensino da religião e o princípio da igualdade perante o Estado de todas as religiões (cfr. art. 41º).”** (obra citada – pg. 410/411) A nossa Constituição (Brasil) partilha dessa mesma directriz, visto que, expressamente, no inciso VI, do artigo 5º, afirma que “é inviolável a liberdade de consciência e de **crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a protecção aos locais de culto e a suas liturgias”**

O inciso VII também assegura “a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de interesse colectivo”, e o inciso VIII não permite que, qualquer pessoa, seja privada, de direitos “por motivo de crença religiosa”.

Todo esse quadro normativo – é óbvio – não enclausura religiosos, e não religiosos, no espaço único da sua privacidade.

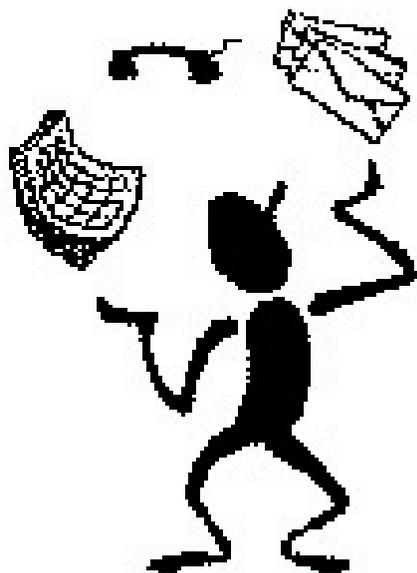
Religiosos, e não religiosos, com as respectivas crenças, ou sem qualquer crença, têm o amplo direito de expor essas suas variadas concepções de viver na quotidiana formação da sociedade democrática. Democrática porque acolhe, incentiva e resguarda a pluralidade dos posicionamentos, e democrática, também, porque

compreende ser infindável a interação humana, enquanto houver vida.

Eis preciosos ensinamentos do padre Mário de França Miranda, como expostos no seu livro: “Igreja e Sociedade”: “Hoje já se reconhece que as religiões têm algo a oferecer à sociedade civil. São elas que **denunciam** a marginalização a que são condenados os mais pobres, bem como as injustiças de políticas económicas. São elas que oferecem uma **esperança** que sustenta e mobiliza os mais fracos. São elas que, **livres de um dogmatismo doutrinário e impositivo**, oferecem motivações e intuições **substantivas** (e não apenas funcionais) para as questões sujeitas ao debate público. São elas que, numa sociedade neoliberal e prisioneira de uma racionalidade funcional em busca de resultados, desmascaram a **frieza** burocrática e tecnocrática apontando os efeitos devastadores de certas decisões. São elas que, para além das macro-soluções milagrosas, apontam para a **responsabilidade de cada um** e para a imprescindível **rejeição de um individualismo cómodo**, sem os quais a ética na vida pública ou o problema ecológico não serão solucionados. **Aqui a sabedoria religiosa talvez possa ser mais eficaz do que muitos discursos dos tecnocratas.**” (pg. 139-40,).

E, em síntese, correta, prossegue Mario de França Miranda: “Porque a sociedade civil se pode tornar presa de ideologias totalitárias, prisioneira da lógica de resultados, ou do sistema económico dominante, ela **necessita de uma instância que a transcenda e a questione, que a desestabilize beneficentemente e que a faça progredir.**” (pg. 141,).

Assuntos de tamanha relevância pedem tratamento cuidadoso e responsável, sob pena de se comprometer a importante missão que não é só de informar, mas de formar a opinião pública.



**NOTÍCIAS E
COMENTÁRIOS**

A ÉTICA ABORTISTA*

Os defensores do direito ao aborto costumam criticar os que apoiam a vida por supostamente tentar impor as suas crenças religiosas aos demais. Ainda que a religião proporcione aos debates sólidos argumentos, estes não são apenas religiosos, como destaca um livro publicado em 2010, e que merece ser citado. O Autor, Christopher Kaczor, em *'The Ethics of Abortion: Women's Rights, Human Life and the Question of Justice'* (A Ética do Aborto: Direitos das Mulheres, Vida Humana e a Questão da Justiça) (Editora Routledge), coloca-se numa posição filosófica perante o aborto e explica por que não é justificável.

Um dos pontos chave que Kaczor enfrenta é: ***quando se começa a ser pessoa***. Alguns defensores do aborto sustentam que se podem distinguir os humanos das pessoas. Um exemplo dado é o de Mary Anne Warren, que oferece critérios para se levarem em conta antes de dizer de alguém que ele é uma pessoa.

Mary Ann propõe que se tome como definição de pessoa a **tomada de consciência dos objetos e dos acontecimentos e a capacidade de sentir dor**. Para essa definição conta igualmente a força da razão e a capacidade para actividade auto-motivada, juntamente com a capacidade de comunicação. Como resposta a tais argumentos, Kaczor assinala que, usando tais critérios, seria difícil sustentar

* Comentário distribuído pela primeira vez por *Zenit.org* em 2010, e agora dado novamente a conhecer em edição actual.

razões contra o infanticídio, posto que um bebé recém-nascido não cumpre tais critérios.

Por outro lado, não deixamos de ser pessoas quando estamos a dormir ou nos encontramos sedados numa operação cirúrgica, apesar de, nesses momentos, não estarmos conscientes nem com capacidade para qualquer actividade física. De igual forma, quem sofre de demência ou os deficientes não satisfazem os critérios de Mary Ann Warren para serem pessoas.

Será antes **uma questão de lugar**? Este é outro argumento para justificar o aborto – baseia-se na localização, quer dizer, se está fora ou dentro do útero. Kaczor afirma que a pessoa vai muito além da simples localização. Se admitimos este argumento, segue-se que, quando há uma fecundação artificial fora do útero, o novo ser teria o *status* de pessoa, mas logo o perderia quando fosse implantado, voltando a ganhá-lo quando saísse do útero. Parece uma brincadeira de palavras quase infantil mas é a realidade argumentativa. E podemos continuar:

Nos casos de cirurgia fetal aberta, procedimento em que o feto humano é extraído do útero, se determinarmos o “ser pessoa” por uma existência fora do útero, ficaríamos na situação inverosímil e disparatada de que em tais casos o feto é uma ‘não-pessoa’, que depois passa a ser ‘pessoa’, para depois voltar a ser ‘não pessoa’, já que retorna ao útero, para depois se tornar ‘pessoa’, quando nascer.

Excluindo portanto a localização como critério para ser considerado pessoa, Kaczor discute outra questão – a de saber se a condição de pessoa se estabelece em algum ponto entre a concepção e o nascimento. E observa que a **viabilidade**, quer dizer, se o feto no útero é potencialmente capaz de viver fora do ventre materno, foi citada pelo Supremo Tribunal dos EUA no processo ‘Roe v. Wade’ como um modo de determinar se os fetos humanos merecem alguma proteção legal.

Contudo, segundo Kaczor, esta posição tem os seus problemas. Por exemplo, os gémeos unidos, em muitos aspectos, podem depender um do outro para viver e, apesar disso, ambos são considerados pessoas.

A viabilidade também estabelece outros problemas porque, nos países ricos, com avançados cuidados médicos, os fetos se tornam viáveis mais cedo do que nos países pobres. E os fetos femininos são viáveis antes dos masculinos. As diferenças de sexo e de riqueza deveriam influir em quem é pessoa ou não?

Outra ideia é considerar que a capacidade de **sofrer dor** ou desfrutar do prazer é o que poderia marcar o começo do direito à vida, continua Kaczor. Isso tampouco é suficiente, pois exclui os que estão sob anestesia ou em coma. Além disso, alguns animais têm esta capacidade.

Uma Ética ‘gradual’

A resposta pró-abortista às críticas anteriores adopta a forma de um ponto de vista ‘gradual’. Kaczor explica que isso consiste em sustentar que o direito à vida aumenta em força de modo gradual conforme se desenvolve a gravidez, e quanto mais similar um feto é de uma pessoa como nós, maior proteção deveria ter.

No entanto, Kaczor observa que *há uma diferença entre o direito à vida e os restantes direitos*. Há restrições de idade para votar, dirigir ou ser eleito para um cargo público. Isso acontece porque o direito em questão exige uma capacidade para assumir as responsabilidades implicadas.

Pelo contrário, o direito à vida não contém implicitamente nenhuma responsabilidade e, por isso mesmo, pode ser desfrutado sem ter em conta a idade ou as capacidades mentais.

Outro problema da postura ‘gradual’ é que o desenvolvimento humano não termina com o nascimento. Se o status moral se vincula ao desenvolvimento psicológico, matar alguém de 14 anos iria requerer uma justificativa maior que matar um de 6.

Kaczor afirma que o erro desses argumentos nos leva à conclusão de que, se não há diferenças eticamente relevantes entre os seres humanos em suas diversas etapas de desenvolvimento que faça com que alguém não seja uma ‘pessoa’, a dignidade e o valor de uma pessoa não começa depois do seu nascimento, nem em momento algum da sua gestação. Todo o ser humano é também uma pessoa humana.

A história apresenta-nos muitos exemplos da necessidade de respeitar todo o ser humano como pessoa portadora de dignidade. Kaczor argumenta que, em teoria, ninguém actualmente, ao menos no Ocidente, defenderia a escravidão, a misoginia ou o antisemitismo.

A pessoa começa com a concepção?

Segundo Kaczor, essa questão não é um princípio moral, mas sim científico. Cita textos científicos e médicos que afirmam que com a concepção há o início de nova vida humana e uma mudança fundamental com a criação de um ser com 46 cromossomas.

Após a fecundação não há nenhum agente exterior que mude o organismo recém-concebido em algo que seja diferente. Pelo contrário, o embrião humano auto-desenvolve-se para futuras etapas.

“Fazendo uma analogia, o embrião humano não é um mero modelo detalhado da casa que se construirá, mas uma casa minúscula que se faz cada vez maior e mais complexa, através de seu auto-desenvolvimento activo para a maturidade”, esclarece o autor.

Os últimos capítulos do livro analisam alguns argumentos utilizados pelos defensores do aborto. Examina-os um por um, mostrando suas debilidades.

Por exemplo, tem-se sustentado que, posto que nas primeiras etapas há a possibilidade de que haja uma divisão em dois irmãos, o embrião não é um ser humano individual. Kaczor rebate isso dizendo que, ainda que se possa dividir em dois seres, isso não significa que não seja um ser individual.

Comenta a propósito que a maioria das plantas pode dar lugar a mais plantas individuais, mas isso não significa que uma planta não possa ser uma planta individual e diferente.

O autor analisa também alguns casos difíceis como as gravidezes resultado de violação ou incesto. A personalidade do feto, insiste Kaczor, não depende da forma como foi concebido. “*És o que és, sem importar as circunstâncias de tua concepção e nascimento*”, afirma.

O livro de Kaczor, com uma argumentação sólida, contém muitos raciocínios cuidadosamente elaborados, o que o torna uma valiosa fonte de inspiração para os que lutam por defender a vida humana.

FAMÍLIA, HOMOSSEXUAIS e a 2ª «MANIF POUR TOUS»*

Por Sergio Mora

França: de novo, mais de um milhão de pessoas protestam contra o 'matrimónio' gay. A "Manif pour tous" (Manifestação em favor de todos), realizou no domingo (26), em Paris, outra demonstração maciça que reuniu mais de um milhão de pessoas. Pediram que se retire a lei do 'matrimónio' entre pessoas do mesmo sexo.

A lei foi aprovada pela Assembleia Nacional, e o movimento quer evitar novas iniciativas legislativas do governo socialista, como a adopção de crianças por casais homossexuais.

* Enviado por Zenit.org, em 07 de Junho de 2013. Tradução de Thácio Siqueira e «A. M.».

Monsenhor Tony Anatrella, psicanalista e especialista em psiquiatria social, consultor do Pontifício Conselho para a Família e do da Saúde, foi um dos primeiros a alertar sobre as reivindicações do ‘matrimónio’ homossexual, a adopção de menores e de outros derivados da ideologia do género. Este especialista tem afirmado repetidas vezes que é preferível um contrato de bens aberto do que brincar a ser papá e mamã.

A coordenadora do serviço francês de ZENIT, Anita Bourdin, realizou uma ampla entrevista, na qual o prelado referido dá algumas chaves de interpretação, como “a força espiritual que se manifestou através dos participantes que acordaram politicamente em favor do matrimónio e da família”. Lembra que “as pessoas basicamente se mobilizaram e nada vai desencorajá-las até não tirarem a lei de um lobby que reduz a família ao que ela não é”.

Acrescenta na entrevista que “em milhares de jovens se despertou uma consciência política para lutar contra esta lei funesta e os *Veilleurs* (vigilantes) preparam no silêncio, na reflexão e na oração, o futuro que existirá graças a eles”.

Os *Veilleurs* não são uma organização oficial, comunicam nas redes sociais como o Twitter. Reúnem-se nas praças públicas das principais cidades da França. Leem textos sobre a liberdade, a paz e a família.

Monsenhor Anatrella também indica que “o ambiente das manifestações é fundamentalmente familiar e não de extremistas, violentos, saqueadores, como dizem algumas mídias. E que as manifestações têm sido exemplares”.

Lembra que no dia 26 de maio foram mais de um milhão, e que os serviços da polícia indicaram que somente eram 150 mil, o que não é sério e nem credível. “Fizeram de tudo para minimizar e desacreditar o fenómeno”, afirma.

Acrescenta que “nos últimos dias a polícia fez prisões arbitrárias, como por exemplo, de pessoas que vestiam camisetas com a sigla ‘Manif pour tous’ ou que tiravam fotos ou colocavam bandeiras na rua”. Denunciou também “manifestações tardias de extremistas que não têm nada a ver com «Manif pour tous»”.

Monsenhor Anatrella indica que "a confusão entre sexo e sentimentos leva a uma confusão das realidades e a um impasse. O casamento entre pessoas do mesmo sexo é simplesmente ridículo e o acto não inspira nenhuma estima porque não contribui em nada na relação social”.

E pergunta se os líderes atuais captam a realidade ou vivem num mundo de assexuais. Acrescenta que 22 mil dos 36 mil municípios se opõem e anunciaram que rejeitarão celebrar este tipo de matrimónio.

Lembra que “não houve espaço para o debate; certas objeções foram entendidas mas não tomadas em conta e menos ainda refletidas. E foram menosprezadas pela lei, pior ainda impostas, uma confusão que dará origem a várias confusões psicológicas, sociais e jurídicas”. Nem as manifestações de sindicatos são tão maltratadas como a que foi realizada por estes jovens e adultos, disse.

O conselheiro do Pontifício Conselho para a Família reconhece que “só um contrato de bens aberto a todos seria o mais adequado, mais do que querer brincar de papá e mamã sem ter as características adequadas”.

A "Manif pour tous", movimento que se define pacífico, anti-homofóbico e apolítico depositou no Conselho Económico, Social e Ambiental da França, no dia 15 de Fevereiro deste ano, as primeiras 694.428 assinaturas da petição contra o projeto de “Matrimónio para todos”. Nas suas manifestações participaram os *Poissons roses*; *Alliance vita*; *Plus gay sans mariage*, de Xavier Bongibault; e líderes religiosos, cristãos, judeus e muçulmanos.

HOMOSEXUALIDADE E SUPOSTOS DIREITOS *

O “Lobby gay” pretendia impor aos países europeus a promoção ativa da homossexualidade. Podemos dizer, por isso, que a liberdade de todos saiu fortalecida da última reunião de representantes da Assembleia Parlamentar da OSCE (Organização para a Segurança e Cooperação Europeia), depois da votação contrária à implantação dos princípios da Conferência de Yogyakarta por 24 votos contra 3. A notícia foi enviada hoje à redação de Zenit pela associação espanhola *Profesionales por la Ética*.

Para entender a transcendência desta votação, é preciso recordar a Conferência de Yogyakarta, Indonésia, ocorrida em 2006, na qual a ONU aceitou um documento com 29 princípios relacionados com a orientação sexual e com a identidade de género. A agenda do “lobby gay” pretendia que esses princípios fossem aplicados na legislação sobre direitos humanos. O documento, ou “guia”, como foi chamado pelos seus autores, queria obrigar os países-membros da União Europeia a promover ativamente a homossexualidade, além de cercear direitos fundamentais como a liberdade religiosa e a liberdade de pensamento.

Estes princípios não são vinculantes até serem aceites e negociados com os países membros. A discussão a respeito do “guia” esteve na pauta da última votação da Assembleia Parlamentar da OSCE, cuja maioria de representantes votou contra o reconhecimento de “novos direitos humanos” que favoreceriam um grupo minoritário e limitariam os direitos humanos primordiais e universais.

Leonor Tamayo, principal responsável pela Área Internacional da associação *Profesionales por la Ética*, explica que “a implantação dos princípios de Yogyakarta não só limita âmbitos fundamentais

* Notícias enviadas por Zenit.org, em 09 de Julho de 2013.

para a liberdade, como é o caso da liberdade religiosa e de expressão, mas também cria uma ‘casta privilegiada’ e uma forma prioritária de concepção da sexualidade que seria beneficiada em detrimento de outras, através de políticas de fomento desse coletivo. No caso da educação, é evidente que envolve um apoio fundamental a políticas educativas de temas sexuais e ético-morais, que priorizam e incentivam a ideologia de gênero e a homossexualidade, indo contra o direito fundamental dos pais de educar os seus filhos de acordo com as suas próprias concepções. Sem dúvida, teria sido um golpe violento contra a luta em prol da liberdade, que os pais europeus têm travado contra o totalitarismo educativo e contra a imposição do ensino de valores controversos. Por isto, consideramos esta votação da OSCE uma vitória para a liberdade de todos os cidadãos europeus”.

A gravidade deste assunto levou o Instituto *Dignitatis Humanae* a inscrevê-lo na agenda da sua **2ª conferência internacional**, de onde lançou um alerta aos povos e nações europeias.

Existe um conflito entre as instituições europeias e as políticas nacionais no tocante à família. Em particular, “alguns países e certos grupos ideológicos e “lobbies” usam as instituições internacionais para impor as suas ideias, supostamente ‘avançadas’, com frequência em nome da democracia”, opinou Mons. Piotr Mazurkiewicz, do Pontifício Conselho para a Família, na II Conferência Internacional do «Instituto Dignitatis Humanae», cujo tema foi uma pergunta: "Esmagado entre as legislações europeias e as constituições nacionais: resta espaço para o cristianismo?".

Mons. Mazurkiewicz acrescentou que, “conforme se lê na encíclica *Centesimus Annus*, de João Paulo II, em seu número 46, ‘a história demonstra que uma democracia sem valores se transforma facilmente num totalitarismo aberto ou camuflado’. O papel dos tribunais internacionais está a transformar a democracia em juristocracia”, concluiu.

A Conferência aconteceu em 28 de Junho na sede da Academia Pontifícia das Ciências Sociais, no Vaticano, e teve como convidado de honra o cardeal Raymond Leo Burke, prefeito da Assinatura Apostólica.

O Instituto nasceu no seio do Parlamento Europeu para promover a proteção dos valores irrenunciáveis da dignidade humana e da vida, desde a concepção até a morte, através da participação da fé cristã na vida pública e em políticas de civilização, para o reconhecimento do homem como criado à imagem e semelhança de Deus. O presidente honorário é o cardeal Renato Raffaele Martino, presidente emérito do Pontifício Conselho Justiça e Paz.

D. Mazurkiewicz ressaltou que "o Direito Internacional nasceu com as bases do direito natural, mas hoje assistimos ao que Bento XVI chamou de *dramática deriva do direito natural a uma concepção de puro funcionalismo positivista*".

A ideologia de género é uma ideologia de poder, na qual o casamento e a família são considerados como *estruturas de opressão*. "É necessária uma autêntica resposta cultural, uma nova síntese humanística, baseada na antropologia cristã do amor, da comunhão e da complementaridade".

Mazurkiewicz incentivou também "a participação ativa dos cristãos na política e a elaboração de estratégias para promover com clareza as posições cristãs nos média e nas instituições, decompondo o problema nas suas múltiplas facetas".

"No caso do matrimónio, por exemplo, na questão dos direitos dos menores, para a sua concepção ou para as adopções; a objeção de consciência nos serviços de saúde, no sistema educacional e nas administrações públicas; a discriminação dos casais heterossexuais com a supressão de termos como "marido" e "mulher", ou "pai" e "mãe"; a limitação da liberdade religiosa com a aprovação de leis equivocadas em nome da laicidade".

Convidando ainda à vigilância sobre as opções que condicionam a vida dos povos e da humanidade, D. Mazurkiewicz recordou o que foi profetizado pelo escritor Thomas Stearns Eliot: "O fim do mundo não virá como uma explosão, mas como um salto". E concluiu: "Os bárbaros já estão dentro das muralhas".

GENOMA HUMANO E PATENTES*

"Uma histórica decisão do Supremo Tribunal dos EUA declara que o gene humano não pode ser patenteado, como não pode ser patenteado tudo o que é considerado pertencente à natureza e seus fenômenos, reitera um princípio fundamental: o corpo humano não é mercadoria" - declaram Paola Ricci Sindoni e Domenico Coviello, presidente e vice-presidente da Associação Ciência e Vida.

"Nos Estados Unidos, as sequências do DNA humano foram patenteadas, conseqüentemente, empresas privadas utilizavam kits exclusivos de diagnóstico, como para diagnosticar o risco de cancro da mama (BRCA1 e BRCA2), comunicavam o resultado do teste mas, no entanto, mantinham escondidas todas as outras informações lidas no DNA dos pacientes que foram analisados. Graças a esta decisão, que demarca claramente o "natural" do "sintético", ou seja, o que é patrimônio de todos e o que é produzido artificialmente, as patentes são canceladas e novas bases são lançadas para o livre acesso à informação genética".

"Na Europa, a legislação para esse efeito sempre foi mais cuidadosa, afirmando que o DNA é patrimônio da humanidade e as informações nele contidas, úteis em avanços diagnósticos e terapêuticos

* Enviado por Zenit.org, em 18 de Junho, 2013

não podem ser comercializadas, mas protegendo a privacidade dos pacientes, compartilhadas entre todos os pesquisadores.

"A proibição do patenteamento do DNA não diz respeito apenas à exploração comercial do genoma humano, mas, lembrando a lição de vida e de ciência do professor Jerome Lejeune, esperamos que essa sentença chame a atenção para todos os tipos de uso, também eugenético, que é proposto ou perpetrado, muitas vezes de modo falseado, também no mundo científico".

ACÇÃO MÉDICA HÁ CINQUENTA ANOS

Dois grandes temas preenchem as páginas do nº 1 do ano 28 (Julho a Setembro de 1963) da nossa revista: o envelhecimento e a assistência médica prestada na África portuguesa. Dois temas que o futuro viria a demonstrar serem do maior interesse e de importantes consequências para o nosso País.

O nosso Dr. Santana Carlos e o colega inglês George Yahn tratam do problema do envelhecimento das populações e das questões que às então jovens disciplinas da Geriatria e da Gerontologia vinham já levantando a redução da natalidade e o prolongamento da vida média.

Santana Carlos, depois de referir as estatísticas europeias (que incluem a percentagem de 11% de portugueses, com mais de 65 anos, considerada “preocupante” – hoje anda pelos 19%!) debruça-se sobre os problemas da senescência, particularmente a nível cardiovascular e do sistema nervoso central. Identifica como problemas da reforma a redução das exigências da cognição e memória, bem como a pobreza. Sublinha a importância da assistência integrada, não apenas médica mas também psicológica e de terapia comportamental, insurgindo-se contra a ideia do idoso “em fim de linha” ou em antecâmara da morte. O idoso tem de participar activamente, na medida das suas possibilidades, em todos os aspectos da vida da sua comunidade. Finalmente, refere a importância da espiritualidade, mormente cristã, ser intensamente vivida pelo idoso e com ele.

George Yahn elenca os direitos naturais do cidadão idoso e as suas obrigações. Assim, se o idoso tem direito a viver independentemente e a não ser internado coercivamente, também tem a obrigação de aceitar, quando não há outra solução viável, o internamento num lar ou asilo, adaptando-se às condições que, por seu turno, têm de corresponder ao seu direito de viver em segurança, com necessidades atendidas e com dignidade. O médico terá de tratar cada vez mais idosos e tem o dever de aperfeiçoar os seus conhecimentos em Geriatria e de adoptar terapias seguras, adequadas e simplificadas. A inclusão da área espiritual na relação médico-doente idoso é tratada com particular cuidado.

Poderia ser motivo de orgulho (se este sentimento jamais se justificasse entre cristãos) termos na nossa revista, há 50 anos, dois notáveis artigos, com algum carácter profético, bem elaborados e seguidos de extensa bibliografia. Também neste aspecto fomos precursores.

Nas páginas seguintes, o artigo do Dr. Guilherme Abranches Pinto acerca da sua experiência como médico em vários estados do Ultramar (ou, se preferirem, colónias). Das curiosas memórias que relata, destacam-se a satisfação por ter sido agente de um sistema de saúde com índices de qualidade e cobertura das populações dos mais elevados da África sub-sahariana (excluindo a África do Sul); e algumas considerações que ainda hoje, em contexto diferente, mantêm validade, tais como a indicação de não criar aldeamentos (ao que corresponde a substituição de pontos fixos periféricos por serviços móveis) e a política correcta de não hostilização e captação de agentes informais, tais como os curandeiros e as parteiras autóctones.

A anteceder e louvar este artigo, o Dr. Paiva Boléo presta “homenagem aos médicos que trabalham no Ultramar Português”. Nesse texto não deixa dúvidas acerca da sua posição (e da revista) em

relação à questão do Ultramar: aquelas terras só podem ser salvas do descalabro e da miséria se forem conservadas no âmbito da missão civilizadora de Portugal. Há que resistir aos ataques desencadeados pela ideologia do racismo negro, manejado por grandes potências que ignoram os reais interesses dos africanos. A este propósito, invoca o facto de Acção Médica sempre ter condenado o racismo, tendo sido a primeira revista portuguesa a revelar as barbaridades cometidas nos campos de extermínio nazis. “O racismo, seja qual for, é sempre condenável. Não há raças eleitas. O racismo é anti-natural, é anti-cristão”.

Panorama das ideias, Noticiário, Bibliografia e Sínteses médicas trimestrais são, como habitualmente, as secções finais do fascículo.

Walter Osswald

ERRATA

No último nº de «Acção Médica» (nº2, Junho de 2013) houve erros de que pedimos desculpa. Assim:

1 - **Página 182:** O sub-título «**A Teresinha foi coadoptada**» saiu empastelado com o nome da Autora, **Isilda Pegado**

2 - **Página 185:** Com o título NOTA DE LEITURA DO LIVRO “**Um Olhar para Portugal no Mundo**” foi publicado um texto em que ficou omissa o nome do Autor, que deverá ser incluído:

Prof. Doutor **Henrique Vilaça Ramos**

3 - **Página 187:** Ainda no mesmo texto, no final (última linha),

Onde está – *Dez. 2010*

Deve ler-se – ***Dez. 2012***

ACÇÃO MÉDICA

ANO LXXVII, nº 3, 2013

RESUMOS

- ABERTURA: Doentes e custos – J. BOLÉO-TOMÉ** 5
Será a Medicina actual responsável pela subida em flecha dos custos de um sistema de saúde, tal como é desejado hoje? Os exemplos apontados por uma médica francesa podem levar a pensar na necessidade de aceitar a eutanásia. Mas, porque são excepcionais, escondem muitas vezes outra realidade – o abuso dos cuidados de saúde oferecidos por multidões de “utentes” que invocam os seus “direitos” e esgotam a capacidade económica de resposta.
- Servir a Verdade – José RUEFF** 9
Todos sabemos que a investigação da Verdade é a tarefa fundamental da Ciência, sendo a investigação um verdadeiro prolongamento da Revelação. Assim se pode compreender a afirmação de João Paulo II - «a Verdade é um dos mais belos nomes que Deus se atribuiu a si mesmo». O A. lembra que, baseados nesta afirmação, temos de aceitar que Fé e Razão não se opõem, pelo contrário: não agir Segundo a Razão é contrário à vontade de Deus.
- Fé e Ciência ao Serviço da Vida Humana: uma Perspectiva da Investigação Biomédica – Jozef GLASA** 17
A investigação biomédica (IB) constitui um largo conjunto de actividades científicas ligadas à vida humana na saúde e na doença. Paradoxalmente no Século XX assistiu-se a intervenções nestes domínios que constituíram gravíssimas ofensas aos objectivos destas actividades: o benefício das pessoas, o benefício das comunidades actuais e futuras, e o benefício de toda a humanidade. Referem-se os principais instrumentos internacionais de regulação ética e legal da IB e alguns exemplos notáveis de IB do nosso tempo.
- O médico e a cultura. Algumas considerações à luz do Concílio Vaticano II – A. LAUREANO SANTOS** 33
Aceita-se o conceito de cultura como um conjunto de capacidades do homem no sentido de aperfeiçoar a sua vida e a vida da comunidade. O texto da *Gaudium et Spes* refere-se aos vários conceitos de cultura que se mantêm actuais no mundo contemporâneo. O exercício da medicina exige uma cultura científica e tecnológica integrada numa cultura humanística

com critérios éticos que possa responder aos desafios que actualmente se colocam sobre a vida humana fragilizada e vulnerável.

Bioética em Saúde e as responsabilidades do Estado Social – Daniel SERRÃO 47

A OMS considera a saúde como um bem social em sentido amplo envolvendo nele múltiplos componentes da vida das sociedades como a paz, a habitação, a educação, um eco-sistema estável, a justiça social e a equidade, entre outros. Convoca, assim, para o debate sobre as responsabilidades do Estado Social os conceitos relativos à dignidade humana. As respostas dos Estados dependem de limites impostos pelos recursos disponíveis e pela organização dos sistemas de prestação dos cuidados.

Serviço Nacional de Saúde: sustentação estrutural e financeira – Pedro ESTEVES 61

Apresentam-se os números referentes a alguns indicadores gerais do sistema de prestação de cuidados de saúde português, comparando-se com os indicadores correspondentes dos países da Europa. Comentam-se as tendências de alguns destes valores e o orçamento de 2013 para as áreas da prestação dos cuidados de saúde no nosso país.

Doentes mentais na Madeira – Aires GAMEIRO 67

A propósito da comemoração do octagésimo nono aniversário da Casa de Saúde de Trapiche que ao longo de múltiplas décadas tem prestado continuamente os cuidados necessários e adequados aos doentes mentais na Ilha da Madeira, tendo como fonte as actas da Junta Geral da Madeira, narram-se acontecimentos ocorridos durante a vigência da Primeira República resultantes dos preconceitos jacobinos e anticlericais dos dirigentes políticos da sociedade portuguesa daquela época.

TEMAS ACTUAIS

Demografia: explosão ou implosão? – John FLYNN 73

A conhecida revista *National Geographic* publicou mais um estudo pessimista sobre a população mundial que ultrapassou os sete biliões de pessoas. Em contraponto, o texto refere-se a outros estudos de várias origens demonstrando que existem recursos actuais e futuros que permitem encarar o previsível aumento da população humana com esperança, o que naturalmente exigirá a coordenação dos esforços entre os vários sectores das sociedades emergentes.

Laicismo e ateísmo intolerante – Cláudio FONTELES 78

A propósito do conceito de *estado laico*, o anterior Procurador Geral da República do Brasil, citando a obra “Direito Constitucional” do Professor

José Gomes Canotilho, afirma que, para o programa republicano, o estado laico não constitui um estado ateu. Pelo contrário, proclama um estado democrático e plural que garantirá a presença na sociedade de iguais direitos formais a todas as comunidades religiosas em convivência pacífica e respeitosa.

NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS

- **A ética abortista** 85

Os argumentos dos defensores do direito ao aborto costumam criticar os defensores da vida humana sobretudo afirmando que estes procuram impor as suas crenças religiosas. O texto refere-se a um livro cujo autor propõe argumentos de ordem antropológica, sociológica e filosófica contra o direito ao aborto explicitando as razões pelas quais não se pode justificar.
- **Família, homossexuais e a 2ª «manif pour tous»** 89

Organizou-se em Paris uma segunda manifestação de protesto contra a lei do "matrimónio" homossexual que reuniu mais de um milhão de pessoas e contou com a presença de representantes de numerosas instituições e de líderes religiosos, cristãos, judeus e muçulmanos. O movimento, pacífico, anti-homofóbico e apolítico, depositou as primeiras 694.428 assinaturas da petição contra o "matrimónio" homossexual e outras iniciativas legislativas no mesmo sentido.
- **Homossexualidade e os supostos "direitos"** 92

A Assembleia Parlamentar da Organização para a Segurança e Cooperação Europeia (OSCE) votou, por uma esmagadora maioria, contra a implantação dos princípios da Conferência de Yogyakarta, com a qual o "lobby gay" pretendia impor aos países europeus a promoção ativa da homossexualidade. A ONU havia aceite um documento com 29 princípios relacionados com a orientação sexual e a identidade de géneros com o qual o "lobby gay" queria modificar a legislação sobre os direitos humanos.
- **Genoma humano e patentes** 95

Uma decisão do Supremo Tribunal dos EUA declarou que o genoma humano não pode ser patenteado, como não pode ser tudo o que pertence ao domínio da natureza e aos seus fenómenos: o corpo humano não é uma mercadoria. Na Europa, a legislação protege o genoma humano proclamando que pertence ao património da humanidade e impedindo a sua exploração para fins comerciais.
- **«Acção Médica» há 50 anos** 97

NOVOS ASSOCIADOS

Foram admitidos como novos associados:

- ✓ Dra. Teresa Tomé Ribeiro Malheiro Sarmento | Maia
- ✓ Dra. Ana Rita dos Santos Serras Jorge | Torres Novas

