







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

ANO LXXIX, Nº 1

Março 2015

**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**

*José Manuel Lopes dos Santos – José Augusto Simões – Ana Maria Felix*

**Conselho Científico**

*Walter Osswald*

*Henrique Vilaça Ramos*

*José E. Pitta Grós Dias*

*Levi Guerra*

*Jorge Biscaia*

*Lesseps L. dos Reis*

*Daniel Serrão*

*José Pinto Mendes*

Número de Identificação: 501 983 589

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.: 222 073 610

Secretária: Maria de Fátima Costa (mfmlcal@gmail.com)

amcp.com.sapo.pt – www.medicoscatolicos.pt – e-mail: medicoscatolicos.pt@gmail.com

Execução Gráfica: ORGAL Impressores – Tiragem: 750 exemplares

**ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS  
CATÓLICOS PORTUGUESES**

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

**DIRECÇÃO NACIONAL**

*Presidente:* Carlos Alberto da Rocha

*Vice-Presidente:* João Tiago Guimarães

*Secretário:* Alice Seixas

*Tesoureiro:* Ana Sarmento

*Vogais:* Luísa Viterbo

Patrícia Bernardino

João Pedro Pimentel

Bruno Pinto

*Assistente:* P. José Eduardo Lima sj

**NÚCLEOS DIOCESANOS (PRESIDENTES)**

*Aveiro:* Jorge Rodrigues Pereira

*Portalegre/Castelo Branco:* Isabel Marques Jorge

*Coimbra:* Augusto Pinto

*Faro:* Santos Matos

*Guarda:* Víctor Santos

*Lisboa:* Sofia Reimão

*Porto:* Manuel Pestana Vasconcelos

*Vila Real:* Maria Goretti Rodrigues

*Viseu:* João Morgado

*Por decisão da Direcção, «Acção Médica» não obriga os autores a seguirem o Acordo Ortográfico*

## SUMÁRIO

<b>ABERTURA: A abolição do Homem</b>	
J. BOLÉO-TOMÉ .....	5
<b>Europa, ecumenismo e Ética</b>	
Alfredo ANZANI .....	7
<b>O sentido da vida ao cair da folha</b>	
André REIS <i>e col.</i> .....	29
<b>Um humanismo para a Medicina do nosso tempo</b>	
Academia Nacional de Medicina Francesa .....	39
<b>TEMAS ACTUAIS</b>	
– <b>A eutanásia e o suicídio assistido</b>	
Relatório .....	53
– <b>A eutanásia lenta</b>	
Bruno COUILLAUD .....	65
– <b>A droga não se vence com a droga</b>	
Pedro Vaz PATTO .....	69
<b>NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS</b> .....	73
• <b>Ébola – consequências devastadoras; • Código de direito familiar;</b>	
• <b>Família e identidade feminina: um encontro surpreendente; • Notícias</b>	
<b>AMCP; • Acção Médica há 50 anos.</b>	
<b>RESUMOS</b> .....	87
<b>ABSTRACTS</b> .....	89

### CONDIÇÕES DE ASSINATURA

#### Pagamento adiantado

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

37,50 €

#### **Não Associados:**

##### *Portugal*

Um ano (4 números) .....

20,00 €

Avulso .....

5,00 €

##### *Estrangeiro*

Acrescem as despesas de envio

*Estudantes* .....

10,00 €

## ABERTURA *A ABOLIÇÃO DO HOMEM*

*Há já muitos anos, C. S. Lewis utilizou a expressão “A abolição do Homem” para título de um dos seus livros<sup>1\*</sup>. Nele faz a defesa da lei natural e da necessidade de não permitir que a ciência, apesar de ser uma forma legítima de desenvolvimento, possa servir de pretexto para a eliminação dos valores que elevam o espírito e dignificam a Pessoa. Mas porquê recordar Lewis, hoje, que tanto se fala da necessidade de humanizar a relação, ou na importância do humanismo como condição de paz e progresso?*

*Olhemos para o que se diz e faz e para o que se impõe como nova forma de pensamento e de atitude, ou para os novos conceitos de liberdade – liberdade sem restrições, apresentada como o símbolo único da existência humana.*

**O que se diz e faz:** A noção social de homem e de mulher é uma consequência da pressão social. As “possíveis” diferenças não são determinadas pela biologia e pela lei natural mas sim pela imposição de regras arcaicas que limitam a liberdade de comportamento de cada um. É ao indivíduo que cabe escolher o “género” que lhe der maior satisfação. Que género? Dos dois iniciais – mulher, homem – rapidamente se passou a quatro – **LGBT** – *como ponto de partida para um leque muito mais vasto. Na Austrália, por exemplo, chegaram a ser propostos 23...*

**O que se impõe:** *O que inicialmente poderia ser tomado como forma filosófica de pensamento e atitude, após o abandono (?!) da noção de patologia do comportamento, passou a forma política de acção, com grupos activistas LGBT altamente agressivos, instalados em todos os organismos de decisão política. Sente-se a sua presença sob muitas formas, mas principalmente aquelas que mais lhes interessam – os programas edu-*

<sup>1\*</sup> Clive Staples Lewis – The Abolition of Man, 1943.

*cativos e o ordenamento jurídico, já infestados por regras que castigam a liberdade de opinião. Na escola elementar ou nas associações juvenis, as crianças são já obrigadas a aprender que ser homem ou mulher, ou ser “lésbica” ou “gay” têm o mesmo valor e é tudo normal. Chegou-se mesmo ao disparate de substituir as palavras pai e mãe por “genitor 1” e “genitor 2”, destruindo as imagens fundamentais para o crescimento da criança!*

*Os novos conceitos de Liberdade: Aparentemente, é feita a defesa de uma liberdade completa, sem limites legais que perturbem a capacidade de escolha de um caminho ou atitude. Caberia apenas ao indivíduo, como ser capaz de ser livre, no pensamento, nas escolhas e nos actos, decidir o que fazer e como fazer. Os que assim pensam, organizados em grupos de pressão, ou infiltrados isoladamente, entram na elaboração das leis, através das quais a “sua” liberdade é imposta sem apelo. Em vários locais a liberdade de opinião encontra-se já muito maltratada: não aceita a teoria do “género”? É insultado, é despedido, é criminalizado. Não aceita pôr a sua oficina ao serviço dos LGBT? Destroem-lhe os bens, é condenado judicialmente. Considera que o aborto é crime? São cancelados os contratos de trabalho, tem de mudar de Estado. Os exemplos são já demasiados para que seja possível o silêncio.*

*Lewis dizia – se a lei natural não for a norma, então o homem, o ser humano, é abolido, é extinto, já não é. Desaparecem os referenciais exteriores que, apresentando valores como caminho e objectivo, limitam a liberdade de expressão. Deus, ou qualquer valor superior do espírito, representam uma forma de castração. O “direito” à morte provocada é indiscutível, seja no aborto (um direito sagrado, segundo Elisabeth Baidinter), seja nos velhos ou nos inválidos, seja pelo “direito” ao suicídio provocado. Peter Singer (Princeton University) chega ao ponto de afirmar que é mais grave matar um macaco do que eliminar uma criança inválida.*

*Este é o panorama que, violentamente ou traiçoeiramente, nos interpela nos nossos valores, nas nossas atitudes, nas nossas certezas, no nosso Credo. Que fazemos? Cruzamos os braços à espera do Juízo Eterno?*

*J. Boléo-Tomé*

# EUROPA, ECUMENISMO E ÉTICA<sup>1</sup>

*Alfredo Anzani<sup>2</sup>*

## 1. Europa

*“Interrogar-se sobre o que será a Europa amanhã ou sobre o que é hoje, significa, antes de mais, perguntar-se como é que a Europa se tornou no que é...”*

*(Hans-Georg Gadamer)*

A Europa, de facto, existe? Não me refiro à sua expressão geográfica; nem, tão pouco, à sua expressão política, ainda pensamente em desenvolvimento, com muitas dificuldades, imperfeita e incompleta. Refiro-a como “*construção humana*”, isto é, como a expressão de uma pátria comum de diferentes populações que foram inimigas durante longos períodos da história e que agora são irmãs, ou se encontram a caminho de que um sonho comum se torne numa realidade.

De 1945 a 1959 houve homens que trabalharam para uma Europa em paz com o objectivo primário de pôr fim a guerras intermináveis entre nações vizinhas que conduziram à Segunda Grande Guerra Mundial. Nos anos cinquenta a Comunidade Europeia do Carvão e do Aço iniciou uma unificação económica e política das Nações Europeias com o objectivo de assegurar uma paz duradoura. Os seis membros fundadores foram a Bélgica, a França, a Alemanha, a Itália, o Luxemburgo e a Holanda. Em 1957, o Tratado de Roma estabeleceu a Comunidade Económica Europeia (CEE), o chamado *Mercado Comum Europeu*.

---

<sup>1</sup> Texto que foi a base de uma apresentação oral durante a reunião do Conselho da FEAMC (Federação Europeia das Associações dos Médicos Católicos). Bari, Itália, 19 de Outubro de 2013.

<sup>2</sup> Antigo Vice-Presidente da FEAMC.

Em Janeiro de 1973, a Dinamarca, a Irlanda e o Reino Unido juntaram-se aos membros anteriores e a União Europeia (UE) passou a ser constituída por nove estados. Em 1979, O *Parlamento Europeu* foi eleito pela primeira vez por sufrágio universal. Em 1981, a Grécia tornou-se no décimo membro da UE; Portugal e Espanha aderiram à UE em 1986. No mesmo ano, foi assinado o *Acto Europeu* que criou o *Mercado Comum*. Em 9 de Novembro de 1989 caiu o *Muro de Berlim* e, pela primeira vez após 28 anos abriram-se as fronteiras entre a Alemanha Oriental e a Alemanha Ocidental e, rapidamente, as duas nações reuniram-se num único país.

Os anos noventa foram a década de dois importantes tratados: o *Tratado de Maastrich da União Europeia* (1993) e o *Tratado de Amsterdão* (1999). Os cidadãos europeus comprometeram-se em proteger o ambiente e como poderiam actuar em conjunto nos domínios da defesa e da segurança. Em 1995 a União Europeia integrou três novos estados: a Áustria, a Finlândia e a Suécia. Uma pequena aldeia do Luxemburgo, Schengen, deu o seu nome ao tratado que gradualmente permitiu aos cidadãos europeus atravessar livremente as fronteiras interiores sem o controlo dos passaportes.

Em 2002, o *euro* tornou-se na nova moeda de muitos cidadãos europeus. Hoje, em 2013, 28 nações compõem o mosaico da Europa: Alemanha, Áustria, Bélgica, Bulgária, Chipre, Croácia, Dinamarca, Eslovénia, Espanha, Estónia, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Hungria, Irlanda, Itália, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Polónia, Portugal, Reino Unido, República Checa, República Eslovaca, Roménia e Suécia. Estes 28 países adoptaram as instituições que são comuns e se designam por *europeias*. Existe um *Parlamento* (Estrasburgo, Bruxelas), uma *Comissão*, um *Conselho*, um *Tribunal de Justiça* (Luxemburgo), um *Banco Europeu*.

Eis definitivamente uma Europa dos mercados, dos bancos, da moeda, do mercado livre e da circulação livre. Existe, mesmo, uma Europa dos Cidadãos, se bem que de um modelo frágil que, ainda assim, engloba as várias cidadanias nacionais. A Europa identifica-se, ela própria, como uma *União*. Mas, será esta uma afirmação verdadeira? Quais são as características que definem essa identidade? Em que se fundamenta esse atributo?

As lições da história mostram guerras fratricidas – o termo fratricida é o que se adapta melhor porque as nações estão ligadas por laços fraternos. Esta fraternidade tem o selo da Evangelização Cristã. Pode assim afirmar-



-se com segurança a existência de *Raízes Cristãs da Europa*. Essas raízes, desenvolvendo-se a partir do pensamento cristão, constituíram a base mais sólida<sup>3</sup> para o desenvolvimento da ideia da Europa. Sem a Cristandade, como ainda a cultura Greco-Romana, a ideia que hoje temos da Europa não seria admissível.

Benedetto Croce<sup>4</sup>, no seu famoso artigo “*Perché non possiamo noi direi cristiani?*”<sup>5</sup>, escreveu: “*o Cristianismo constituiu a maior revolução de toda a humanidade: tão grande, tão geral e tão profunda, tão cheia de consequências, tão inesperada e irresistível na sua forma definitiva, tão surpreendente que ainda hoje nos surge como um milagre, uma revelação do sobrenatural, uma intervenção directa de Deus nos assuntos das sociedades humanas que d’Ele receberam instruções e leis que surpreenderam o mundo. Todas as outras revoluções, todas as descobertas que marcaram épocas na história humana não se podem comparar ao cristianismo (...) As revoluções e as descobertas que ocorreram nos tempos modernos e moldaram a vida de todos os homens dos nossos tempos são impensáveis sem o que designamos por revolução cristã (...) A razão deste estranho fenómeno é a de que a revolução cristã actuou no mais íntimo da alma das pessoas, nas consciências, e, concedendo-lhe a primazia, fez nascer uma nova virtude, uma nova característica espiritual, que até então a humanidade não conhecia. Os homens, os génios, os heróis que existiram antes do cristianismo fizeram grandes obras, grandes actos heróicos, transmitiram-nos enormes tesouros formais no pensamento e na experiência humanas, mas não atingiram a plenitude que unifica o espírito do homem, a qual apenas o cristianismo conseguiu transmitir à vida humana.*”

Frederico Chabot<sup>6</sup> comenta deste modo as palavras de Benedetto Croce: “*nós não podemos não ser cristãos, mesmo que maioritariamente não*

---

<sup>3</sup> G. Reale. Radici culturali e sprituali dell’Europa. Per una rinascita dell “uomo europeo”. Raffaello Cortina Editore. Milano, 2003.

<sup>4</sup> Benedetto Croce foi um historiador, filósofo e político italiano. Foi Ministro da Educação de Itália, cargo que abandonou durante o regime de Mussolini. Retomou o cargo após o termo da II Grande Guerra (N. do T.).

<sup>5</sup> Benedetto Croce, Discorsi di varia filosofia. Vol I. Laterza, Bari. 1945, pp 5-27.

<sup>6</sup> F. Chabot. Storia dell’idea d’Europa. E. Sestan e A. Saitta, edit. Laterza, Roma-Bari. 2001, pg. 162.

*participemos nos actos de culto, sobretudo porque o cristianismo moldou indelevelmente a nossa cultura, o nosso pensamento e a nossa maneira de ser. Existe uma diversidade profunda e contrastante entre as culturas das sociedades anteriores ao cristianismo e as que se lhe seguiram, entre as posições dominantes nas sociedades contemporâneas de Péricles e de Augusto (nomeadamente no que se refere às concepções da vida humana) e as que foram influenciadas pela Palavra de Cristo. Mesmo o pensamento dos “livres pensadores” e o dos “anticlericais”, tão presentes em certas formas da cultura europeia, estão tocados pelas concepções cristãs da sociedade e da vida. Os factores morais e culturais tiveram uma predominância absoluta, ou, mesmo, a quase exclusividade na formação do conceito de Europa e do sentimento europeu”.*

As grandes catedrais da Idade Média, a história do monaquismo, as tradições da fé e da cultura, a arte, todas estas áreas têm inequivocamente uma marca cristã. T. S. Elliott<sup>7</sup> fez notar, com a sua autoridade de homem de cultura, que “o maior contributo para a criação de uma cultura comum entre os povos, cada um com os seus modos de encarar a vida humana, a sociedade e o mundo, foi a religião... No cristianismo floresceram as artes, as ciências e o conhecimento. Até recentemente, as leis da Europa tiveram nele a sua raiz. E ainda é, de certo modo, contra o pano de fundo do cristianismo que se desenvolveu o pensamento contemporâneo. Um cidadão europeu pode não acreditar que a fé cristã é verdadeira e, todavia, a matriz que dá fundamento aos seus actos, o que diz e faz, derivam da cultura cristã da qual ele é verdadeiramente um herdeiro privilegiado. Apenas a cultura cristã poderia ter criado Voltaire e Nietzsche. Não penso que a cultura europeia sobreviva ao desaparecimento da Fé Cristã. E eu próprio estou intimamente convencido disto, não apenas como cristão, mas como um estudioso da biologia social. Se o cristianismo desaparecer a nossa cultura desaparecerá também.

Qual é o maior contributo do cristianismo?<sup>8</sup> Penso que é a ideia de *pessoa*. Não é uma mera coincidência que no artigo 1º da Carta dos Di-

---

<sup>7</sup> T. S. Elliott. Appunti per una definizione della cultura. Appendice. L'unità della cultura europea, In Opere. 1930-1962, edit. R. Sanesi. Bompiani. Milano. 1993, pg. 638.

<sup>8</sup> [http://www.vigolenoitaly.com/ottobre03\\_archivio.html](http://www.vigolenoitaly.com/ottobre03_archivio.html).

reitos Humanos haja a referência à dignidade de todas e de cada uma das pessoas humanas. Qual é verdadeiramente o significado da palavra *pessoa*? A ideia de pessoa é uma ideia filosófica que, embora não seja necessária a Revelação Cristã para a justificar, nasceu historicamente no meio da cristandade, especificadamente, nos meios da Teologia cristã.

Escreve Giovanni Reale<sup>9</sup> que a fundação espiritual da Europa é um conceito chave na interpretação do cristianismo, nomeadamente no que se refere aos conceitos de *homem* e de *pessoa*, referidos a uma interpretação global da *humanidade*. Na verdade, os gregos não atingiram o significado que hoje atribuímos à palavra “*pessoa*” e encaravam a ideia do corpo humano como um conceito precário e até negativo. A mensagem cristã ultrapassou radicalmente a visão grega.

Soren Kierkegaard<sup>10</sup> entrou profundamente na mensagem cristã. Ele afirmou: “*(Cristo...) nunca encontrou no seu caminho um tecto de casa tão miserável que o impedisse, com alegria, de entrar; nem um homem tão insignificante que não tenha querido trazê-lo para junto do seu coração, sem nunca renunciar à sua autoridade divina*”.

No Génesis<sup>11</sup> Deus disse: “*Façamos o homem à nossa imagem e semelhança.*” E o Salmo 8<sup>12</sup> diz: “*quando vejo os teus céus, obra dos teus dedos, a lua e as estrelas que preparaste, que é o homem mortal para que te lembres dele?... e o filho do homem, para que dele tomes conta? Pouco menor o fizeste do que os anjos, e de glória e de honra o coroaste. Fazes com que ele tenha domínio sobre as obras das tuas mãos; tudo puseste debaixo de seus pés; todas as ovelhas e bois, assim como todos os animais do campo, as aves dos céus e os peixes do mar...*”

A vinda do Filho de Deus, que se fez homem, tornou toda a vida humana sagrada. Santo Agostinho<sup>13</sup> sublinha este facto de um modo muito

<sup>9</sup> G. Reale, op. cit., pg 79 e seg.

<sup>10</sup> S. Kierkegaard. Diário. 3ª ed. (rev). Edit. C. Fabbro. Morcelliana, 12 vol. Brescia. 1980-83, vol II, pg. 187.

<sup>11</sup> Gen 1, 26-27.

<sup>12</sup> Sal 8, 4-9.

<sup>13</sup> S. Agostinho de Hipona. Commento al Vangelo e alla prima epistola di Giovanni. Città Nuova, Edit. Roma, 1968.

expressivo: *“Rejubilemos e demos graças a Deus, não só por nos termos tornado cristãos, mas por nos termos tornado no próprio Cristo. Reparem bem, irmãos e irmãs: transformamo-nos em Cristo. Se Cristo é a cabeça e nós somos os membros, o homem total é ele e nós próprios.”* E de novo num modo sublime: *“Deus fez-se homem; vejam em Que o homem se pode tornar; se pelos homens Deus se fez homem!...”*

A cristandade foi capaz de transformar o longe em perto, o estrangeiro num irmão, de criar uma comunidade que vai para além dos vínculos da carne. Aprofundou realmente os vínculos da carne e criou uma comunidade que ultrapassa muitos os seus limites. É isto que define a cultura da Europa. A Europa, na verdade, não é apenas um continente em termos geográficos. Constitui uma entidade histórica e cultural.

Se a Europa se tornou no que ela é hoje, esse facto teve origem na cristandade. Na verdade a Europa não constitui uma entidade geográfica única, como o são a África e as Américas<sup>14</sup>. De facto, a Europa é um apêndice da Ásia. Nem constitui uma unidade étnica. O cristianismo pôs em contacto povos diferentes com a mesma fé, criando assim um versátil e vastíssimo espaço cultural. Os numerosos roteiros de peregrinos para Roma e para Santiago de Compostela criaram uma extensíssima rede de caminhos através da Europa e conduziram à aproximação entre as instituições monásticas e entre as universidades na Idade Média, aproximando os saberes e as diferentes culturas. Foi o cristianismo que unificou a Europa, não como uma entidade natural mas como uma entidade histórica: uma comunidade de culturas, de valores e de fé.

A Europa não pode ser tomada apenas como um mero desafio económico e político. Se se pretende restituir aos europeus o sentido da liberdade que sempre os caracterizou então há que ter a coragem de encarar as suas origens e a sua história na construção de uma “casa comum”. Há que ter a capacidade de renovar o homem da Europa e de o fazer encontrar as suas raízes culturais e espirituais.

---

<sup>14</sup> Card. W. Kasper. Il dialogo ecumenico elemento fondamentale per la costruzione dell'Europa, Maio, 29, 2011. [http://cardinalrating.com/cardinal\\_45\\_article\\_10704.htm](http://cardinalrating.com/cardinal_45_article_10704.htm).

## 2. Ecumenismo

As raízes cristãs da Europa conheceram, através da História, muitas e dolorosas disrupções. A Reforma Protestante, por exemplo, deu lugar ao movimento religioso, político e cultural<sup>15</sup> do Séc XVI que conduziu à fractura do cristianismo em várias comunidades, grupos sociais e seitas. A Reforma teve origem sobretudo em motivos religiosos ditados pela redescoberta do Evangelho como uma proclamação da graça de Deus conferida aos pecadores sob uma forma completamente liberta, aformal e desligada dos seus méritos e, também, numa regressão espiritual e moral da Igreja. A data convencional para o início da Reforma Protestante foi o dia 31 de Outubro de 1517, o dia em que Martinho Lutero afixou no portal da sua igreja no castelo de Wittenberg as suas 95 teses contra o escândalo das indulgências que atentava contra as questões ligadas à penitência, ao pecado e à graça. A doutrina luterana tornou-se numa arma política dos príncipes alemães que viram nela uma oportunidade de se libertarem da autoridade do imperador e tomaram posse da direcção da Igreja afastando-a da autoridade do Papa. Depois das dietas de Speyer (1529) e de Augusta (1530) foi criada a Liga de Smalcald (1530); houve lutas terríveis contra o Imperador Carlos V até ser estabelecida a Paz de Augsburgo (1555), a qual sancionou a divisão entre Católicos e Protestantes de acordo com o princípio *cuius regio eius religio*, que instituiu a regra de que os súbditos seguiam a religião do seu príncipe, quer este fosse católico ou luterano.

Em 1531, Geneve tornou-se o centro da Reforma onde Calvino proclamou uma organização social teocrática, determinada e codificada pelas teses reformistas, pondo em relevo o tema da predestinação. A doutrina calvinista (ou doutrina reformada) espalhou-se por toda a Europa e pelas colónias inglesas da América. Na Inglaterra, prosseguindo a política anti-papal de Henrique VIII (Acto da Supremacia, 1534), nasceu a Igreja Anglicana, que conservou o episcopado e as formas tradicionais da liturgia, aceitando embora a teologia da Reforma. Na sequência desta crise da Igreja do Século XVI, surgiram algumas seitas e movimentos radicais alguns com práticas muito diversas das dos católicos e dos reformistas.

---

<sup>15</sup> <http://www.treccani.it>

Não se podem certamente deixar de lado os cismas que ocorreram na Igreja. De entre estes, o primeiro cisma major da Igreja ocorreu em 1054. A divisão entre cristãos do Oriente e cristãos do Ocidente é designado como Grande Cisma do Oriente, tendo tido lugar em Constantinopla (1054).

As guerras religiosas constituíram catastróficas fontes de dor, sofrimento e lágrimas ao longo da História da Humanidade<sup>16</sup>. As que ocorreram entre protestantes e católicos laceraram a Europa nos Séculos XVI e XVII. Eles ocorreram na Alemanha, na França, na Holanda e nos países do nordeste da Europa. A França, em particular, foi dilacerada por conflitos múltiplos que se mantiveram por anos. O acontecimento mais clamoroso foi o do massacre do dia de S. Bartolomeu em Paris no qual três mil huguenotes (os calvinistas franceses) foram mortos. As guerras cessaram com a ascensão ao trono de Henrique IV, após a assinatura do Édito de Nantes, no qual se passou a reconhecer uma liberdade parcial da prática religiosa aos huguenotes. Durante o Século XVII, o maior conflito foi o da Guerra dos Trinta Anos (1614-48) que envolveu países católicos e protestantes e foi desencadeada pela tentativa dos Habsburgos de estabelecer um Estado Católico no coração da Europa. Com a Paz de Westfalia (1648) este triste período de guerras religiosas na Alemanha terminou com a aceitação de três denominações religiosas do Cristianismo: Catolicismo, Luteranismo e Calvinismo. E com o direito de todos os cidadãos professarem e praticarem uma religião diferente da do seu príncipe. Apesar deste inferno – estas divisões, expressões da acção do “*Príncipe deste Mundo*” que sempre procurou divisões entre os irmãos – nasceu o Ecumenismo.

A etimologia do termo *ecumenismo* deriva da palavra grega “*oikoumene*” (terra inabitada). O termo refere-se ao movimento de reunião das igrejas cristãs que proclama os valores comuns da fé, ultrapassando as diferenças específicas de cada prática. O ecumenismo tende a representar a Igreja Universal na qual todos os membros estão unidos pelo amor de Cristo. O Movimento Ecuménico, que se criou e desenvolveu no meio protestante, teve início no Congresso Missionário de Edimburgo (Escócia) em 1910. Foi influenciado pela necessidade de apresentar uma frente de unidade dos cristãos nas sociedades pagãs.

---

<sup>16</sup> <http://www.treccani.it>

A Igreja Católica considera a separação dos Ortodoxos e dos Protestantes como feridas profundas na Igreja de Cristo. Cem anos depois do nascimento do Movimento Ecumênico é necessária uma reflexão profunda. A vontade de ultrapassar as divisões da Igreja é a condição essencial da evangelização, além de que as tarefas de proclamação do Evangelho exigem que ninguém se alheie de lutar diariamente pela unidade da Igreja, de acordo com o desejo de Jesus Cristo.

O significado religioso do Ecumenismo na unidade da fé cristã tem a sua origem na oração de Jesus: *“Não peço só por estes mas também por aqueles que vão crer nas minhas palavras, para que todos possam ser um só, assim como tu, oh Pai, estás em Mim e Eu em Ti, todos sejamos Um só, para que o mundo creia que Tu Me enviaste (João. 17,20)”*. O diálogo foi e é, assim, um instrumento para conseguir a unidade dos cristãos.

Sublinho os mais importantes momentos de diálogo ecumênico:

- Os trabalhos do Concílio Vaticano II.
- O encontro que teve lugar em Assis em 27 de Outubro de 1986 entre os representantes das várias religiões sob o lema *“Que haja Paz!”*. Estiveram presentes 62 representantes das várias religiões.
- A Encíclica *“Ut unum sint”*, de João Paulo II em 25 de Maio de 1995.
- As *“Assembleias Ecumênicas Europeias”* periódicas.

Tem havido uma progressão do ecumenismo na Europa. Referindo os eventos mais recentes, lembro que o Papa Francisco recebeu em 10 de Maio de 2013 o mais alto representante da Igreja Ortodoxa Copta do Egipto Tawadros II. Em 5 de Setembro de 2013 teve um encontro com Marthoma Paulode II, Metropolitano da Igreja Ortodoxa Siria de Malankara, durante o qual afirmou: *“Penso que no caminho do ecumenismo é importante olhar com confiança os degraus já subidos para ultrapassar as dificuldades e os obstáculos da “cultura de confronto” que é fonte de divisão e dar lugar à “cultura do encontro” que nos educa e prepara para a compreensão mútua e para o caminho da unidade. Este caminho é impossível de ser percorrido apenas por nós. A nossa fraqueza e a nossa pobreza constituem uma carga que nos atrasa a marcha. Por esta razão é preciso reforçar a oração, porque só o Espírito Santo, com a Sua graça, luz e calor, pode mitigar as nossas limitações e conduzir-nos a uma fraternidade sempre*

*maior e mais próxima*”. Um efeito colateral do nosso caminho ecuménico é o de observar com olhos da fé, da nossa fé comum, as situações diversas do homem europeu, dos homens, sobretudo, as dos mais pobres.

Desde 1945 até aos dias de hoje o pensamento ecuménico tem desempenhado um papel importante na Europa. O Cardeal Kasper, Presidente do Conselho Pontifício para a Promoção da Unidade dos Cristãos, em Maio de 2011, apresentou com clareza este argumento decisivo<sup>17</sup>: *“Os católicos e os protestantes associaram-se, não havendo lugar para dissensões nos domínios da política; existe apenas um tipo de partidos europeus inspirados na religião constituindo os Partidos Democrata-Cristãos. Depois da queda do Muro de Berlim, as relações com a Europa de Leste e as que seguiram com as Igrejas Ortodoxas caminharam no mesmo sentido. Se a integração entre a Europa de Leste e a Europa do Oeste for mais do que uma simples integração numa zona económica comum, esta a prática do ecumenismo com as Igrejas do Leste, as quais durante séculos tiveram uma grande influência na cultura dos seus povos. Deste modo, as igrejas que, com as suas separações criaram divisões na Europa, também poderão agora, seguindo a colaboração ecuménica, contribuir para uma aproximação entre as religiões e as comunidades humanas a caminho da unidade religiosa. O ecumenismo não tem uma proposta política concreta sendo os seus contributos de ordem religiosa e eclesial; todavia, indirectamente, especialmente na Europa, estas aproximações podem ter efeitos políticos muito importantes”*.

O Cardeal Kasper está convencido que o ecumenismo é benéfico para a Europa. Mas a Europa também é benéfica para o ecumenismo. *“No passado, as divisões foram quase sempre determinadas pelos factores políticos. Foi assim no passado com a separação no século passado entre os países do Leste e do Oeste, tal como, no Século XVI, ocorreu no período da Reforma. Todavia, esta cadeia pode agora inverter-se. As divisões entre as igrejas do Leste e do Oeste foram devidas principalmente a circunstâncias culturais. A aproximação política conduzirá necessariamente a uma aproximação cultural que, ao menos a longo prazo, poderá contribuir para*

---

<sup>17</sup> Card. W. Kasper. Op. cit.



*uma aproximação das igrejas cristãs. No entanto, deve sublinhar-se que a situação actual é diferente da dos tempos dos fundadores da aproximação entre os países da Europa, que eram então políticos experimentados e cristãos convictos. Na verdade, com base nos valores cristãos, a integração europeia durante décadas foi uma história de sucesso sem paralelo. Nunca antes houvera na Europa um tão longo período de paz. Todavia, a perspectiva actual dos europeus não é tão optimista. A crise actual tem contornos muito maiores e mais graves do que os de uma simples crise do euro, a moeda da Europa.*

*Na verdade, a Europa caiu nas mãos de burocratas cuja acção se caracteriza por uma espécie de fúria legislativa. As leis e os regulamentos têm sido elaborados centralmente em vez de serem adaptadas às tradições e aos costumes de cada país. A Europa transformou-se num espaço em que predominam os objectivos económicos e a procura de bem-estar. Desenvolveu-se um estilo de sociedade consumista, que vai despertando nas comunidades de cada país sentimentos nacionalistas “de vistas curtas”.*

*Os cristãos deverão ser os primeiros a olhar para além das necessidades do seu próprio país. Se eles não o fizerem não poderão ser verdadeiramente designados como católicos. A Europa está próximo de se afastar das raízes que a criaram e, portanto, tal como uma planta, destinada a morrer. Se a alma da Europa fraquejar, a longo prazo não só o seu corpo entrará em decomposição mas igualmente a sua cultura, a sua economia e a sua política. Sem um espírito comum, sem ideais e sem cultura, dominarão as forças centrífugas que a conduzirão à destruição. Em termos da história da humanidade nunca houve uma cultura que não tivesse uma fundação religiosa. A Europa tomou um caminho nunca trilhado ao longo da evolução da humanidade, que tem contornos culturais e religiosos muito definidos, que ainda não passou o julgamento da História”.*

*Esta crise da Europa é um desafio comum para todas as igrejas. O Cardeal Kasper sublinhou ainda: “Na actualidade, todas as igrejas são chamadas a uma cooperação ecuménica. A crise actual apenas teve o seu início. Devem manter-se e intensificar-se as reuniões, os projectos e os programas de cooperação com o Patriarcado Ecuménico de Constatntinopla e, como tem ocorrido desde há alguns anos, com o Patriarcado Ortodoxo Russo de*

*Moscovo. Tem havido também uma excelente cooperação entre o Conselho dos Bispos Europeus (CCEE) e a Conferência das Igrejas Europeias (CEC). Francamente, tenho que lamentar que a cooperação com certas igrejas evangélicas tenha sido mais difícil nos tempos recentes. Na verdade, as suas posições relativamente a certos assuntos da ética (casamento, família, aborto, relações entre pessoas do mesmo sexo, bioética, etc.) são diferentes das nossas e das igrejas ortodoxas. Esta é uma situação nova porque durante 500 anos nós estivemos em desacordo quanto a muitos dogmas, mas não em matérias de ética. Os diálogos actuais envolvem domínios estritamente teológicos, assuntos de ética e áreas de cooperação prática sobre matérias que envolvem valores cristãos que constituem a base da cultura europeia. A Europa precisa da cooperação entre as igrejas para não perder as referências dos seus valores fundamentais e para preservar o seu espírito. A Europa precisa do ecumenismo para se manter como Europa”.*

O Cardeal Kasper acrescentou à sua reflexão algumas ideias sobre outros fenómenos que ocorrem na Europa ligados à emigração e à imigração, a perseguições e a exílios forçados por questões religiosas e políticas.

*“A emigração e imigração são um sinal dos nossos tempos afectando muitos milhões de pessoas em todo o mundo. Assim, no seio da Europa surgiu um pluralismo religioso que constitui uma novidade. Em muitos países europeus vivem muitos representantes de religiões não cristãs, especialmente Muçulmanos. Nos dias de hoje, em todas as maiores cidades europeias encontram-se mesquitas como se encontram igrejas. Este novo pluralismo conduziu a um relativismo generalizado, muito fortalecido pela influência dos mass media e pelo turismo de massas. Os movimentos migratórios e outras situações comparáveis ocorreram em muitos momentos da história da Europa. A Europa não constitui uma realidade imutável. É, na verdade, uma mistura de culturas muito diferentes: Judias, Helenístico-Romanas, Germânicas, Eslavas, Nórdicas. A Europa está envolvida num processo no qual as suas referências e os seus valores nucleares estão confundidos e mesmo marginalizados. Daqui não se seguirá necessariamente um processo que conduza a uma perda de identidade. A Europa necessita de uma redescoberta e de um reforço das suas origens. A Europa precisa de uma nova evangelização.”*

E Karl Kasper conclui deste modo: *“O Concílio Vaticano II recomendou a cooperação na missão evangelizadora. Esta atitude também é necessária na nova evangelização. Esta constitui uma oportunidade de ouro para que os cristãos católicos, protestantes e ortodoxos colaborem nas tarefas de uma nova evangelização não como um meio de a fazer prevalecer na sociedade europeia sobre outras religiões, mas como um meio de afirmar os fundamentos comuns da nossa fé cristã. A Epístola aos Hebreus, no Novo Testamento, fala de uma situação semelhante: o entusiasmo inicial dos cristãos tinha adormecido e necessitavam de fortalecer a sua fé em Cristo. Este será o caminho para para que a Europa não perca a sua alma e assim a possa fortalecer e revelar.”*

Já em Abril de 1987 o Papa João Paulo II advertiu os membros da Conferência Episcopal Alemã, em Colónia<sup>18</sup>: *“No actual processo de unificação entre os povos deste continente a Igreja deve resolutamente comprometer-se no sentido de se conseguir um compromisso acerca dos valores morais comuns a defender na sociedade que se quer construir. Trata-se de promover os direitos fundamentais do homem, o espírito de cooperação e de reconciliação, a procura de uma verdadeira justiça e os consensos possíveis sobre o destino transcendente do homem, apenas o que poderá permitir encontrar o significado último da vida e da morte”.*

### **3. Ética**

A Fé em Cristo não constitui um conjunto de regras morais ou de comportamentos. Implica uma concepção da vida do homem e do universo, uma percepção do que é o bem e o mal, daquilo que é verdadeiro e o que é falso. Por isso, a Fé tem necessariamente reflexos na conduta dos homens, não apenas pela relação com o sobrenatural mas ainda na relação com os nossos irmãos em sociedade, a qual imerge nas raízes cristãs mais profundas.

**A dignidade do ser humano** é a matriz de todos os direitos humanos e constitui o elemento fundamental de todas as matérias da Ética. No pri-

---

18 João Paulo II. Insegnamenti. X/I (1987) 1472-81. L'Osservatore Romano, 2 de Maio de 1987. Ripreso da Mário Spezzibottiani in Giovanni Paolo II. Europa Un magistero tra storia e profezia. Piemme. Casale Monferrato, 1991.

meiro capítulo da “*Carta de Nice*”<sup>19</sup> afirma-se que “*A dignidade humana é inviolável. Deve ser respeitada e protegida. Por isso, deve ser a chave orientadora de todas as tendências culturais e comportamentais que dizem respeito à vida humana e à morte dos homens*”. No que se refere aos problemas éticos que actualmente se encontram em discussão nas sociedades europeias salientamos os seguintes aspectos:

a) **A dignidade de cada vida humana e de todas as vidas humanas**, nomeadamente quanto ao que se relaciona com os problemas da fertilização *in vitro*:

- a produção excedentária de ovos humanos, que na sua maior parte se destinam à destruição intencional.
- a experimentação em vidas humanas que se destinam à destruição<sup>20</sup>.
- as tentativas de manipulação de dados científicos, negando o estatuto de pessoa desde a concepção ao ovo humano fecundado, quando a “*ciência*” afirma inequivocamente que desde o seu início que se trata de um novo ser humano<sup>21</sup>.
- a defesa de vida humana como constituindo uma defesa da nossa civilização.

b) **A dignidade dos doente e dos moribundos**: a dignidade da pessoa em todos os estados da vida humana, deriva do valor intrínseco dos seres humanos e não da situação em que se encontram. A morte com dignidade

---

<sup>19</sup> O *Tratado de Nice* refere-se aos direitos fundamentais na União Europeia. Foi solenemente proclamado, numa primeira vez em 7 de Dezembro de 2000 em Nice; teve uma segunda versão em 12 de Dezembro de 2007, em Estrasburgo, no Parlamento, no Conselho e na Comissão Europeias. Com a entrada em vigor do Tratado de Lisboa, a Carta de Nice tem o mesmo valor jurídico de um tratado, no sentido do Art.º 6 do Tratado da União Europeia. [www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_it.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_it.pdf).

<sup>20</sup> A propósito da experimentação que comporta a destruição de embriões humanos foi elaborada uma declaração que constitui a primeira manifestação de democracia directa na UE. Encontra-se actualmente em promoção na Europa com o nome “*Um de Nós*”. Conta actualmente mais de um milhão de assinaturas.

<sup>21</sup> Sobre este ponto, a Assembleia Europeia dos Direitos Humanos (Estrasburgo) – que não é um órgão da União Europeia mas do Conselho da Europa e que conta actualmente com 47 Estados Membros – frente à opinião da Rússia, actualmente claudica sem proclamar um consenso.

significa para as pessoas doentes dar-lhes o direito de uma assistência que respeite o seu direito a viver e a sua situação de doença, que corresponda às suas necessidades biológicas, psicológicas e espirituais. Esta afirmação fundamenta-se nos seguintes princípios fundamentais<sup>22</sup>: todos os doentes na fase terminal das suas vidas são pessoas que devem ser ajudadas e assistidas adequadamente naqueles momentos dramáticos das suas existências<sup>23</sup>. A vida humana mantém todo o seu valor intrínseco apesar do declínio das suas condições físicas.

Perante as tendências actuais de se perderem as perspectivas globais das situações humanas dos doentes<sup>24</sup>, cada doente não deve ser conotado como um “*case study*”, como um processo clínico ou como um número de uma cama. Os médicos e todo o pessoal que se relaciona com os doentes, devem, na medida possível, tentar estabelecer uma relação pessoal com os doentes, no respeito das suas personalidades e do modo de encarar as suas circunstâncias concretas. Devem tentar ajudar com um comportamento correcto, directo e verdadeiro, de modo que os doentes compreendam o seu estado de saúde e de doença, compreendam todas as alternativas possíveis de solução terapêutica, fazendo-o integrar no plano de intervenções e nos tratamentos, facultando-lhe a expressão do seu consentimento informado. Perante as manifestações de uma cultura que não defenda a vida humana, todo o pessoal de saúde deve afirmar a vida, da qual todos devem ser os seus guardiões e servos (como está escrito na Encíclica *Evangelium Vitae*).

Deve reconhecer-se uma nova vida humana desde o seu início no útero materno. E proteger-se até ao seu fim natural. Deve fazer-se a distinção clara entre o que são os tratamentos agressivos, o abandono terapêutico e o alívio dos sofrimentos intoleráveis, assistindo aos doentes até ao final das suas vidas.

Relativamente à investigação biomédica que actualmente se envolve numa luta constante contra todas as doenças e o sofrimento huma-

---

<sup>22</sup> Em Bruxelas, numa lápide, eu vi uma inscrição de origem judaica que tinha a seguinte frase: “*Quem salva uma vida, salva o universo inteiro*”.

<sup>23</sup> M. Petrini. A dignidade de morrer. In: <http://oasinforma.com.art-dignita.htm>.

<sup>24</sup> M. Doldi. La figura del medico: del paternalismo alla paternità. In: Dio Padre Misericordioso. Marietti. Génova. 1998.

no é muito importante não nos esquecermos da necessidade de assegurar sempre o tratamento mais adequado a cada doente, nomeadamente àqueles que se encontram próximo da morte.

c) **A ética da família** constitui uma delicadíssima área actualmente em discussão nas sociedades europeias, sobretudo quando se trata da “não discriminação” entre as uniões que se referem a um homem e uma mulher e as que se referem a uniões entre pessoas do mesmo sexo. Não se trata de uma questão de homofobia. Ninguém deve ser discriminado. Mas, na verdade, as coisas diferentes devem ser tratadas diferentemente. Nestes temas onde se definem fronteiras bem definidas, devemos continuar persistente e pacientemente a dar explicações e argumentos, de uma forma tranquila e amável, mas sem haver transigências.

O Cardeal Kasper sublinha: “Desde as décadas de 60 e 70 existe na Europa uma nova onda de secularização e emancipação dos valores cristãos”<sup>25</sup>.

O Cardeal Tettamanzi pergunta então<sup>26</sup>: “Perante as diferenças culturais e religiosas, as sensibilidades morais e os sistemas legais entre os estados da Europa, será possível encontrar um denominador comum? A resposta a esta questão é: – “*sim!*”. Mas deveremos acrescentar que na Europa não existem “*estrangeiros morais*”. Na vida humana ninguém é estrangeiro. Somos todos concidadãos e cada vida é responsável pelas outras vidas. Como se pode ler no Livro de Génesis, Deus perguntou a Caim por Abel: “*Onde está o teu irmão?*” (GN, 4,9). E mais à frente na Bíblia, Deus diz a Noé depois do Dilúvio: “*Perguntarei ao homem pela vida dos homens, a cada um pela vida do seu irmão*” (Gn, 9,5).

Ainda no âmbito da Bioética, poderá perguntar-se em que consiste um “consenso” ou uma “convenção”. Na verdade, não se trata de aceitar os direitos como questões subordinadas ao escrutínio de maiorias ou de minorias de votos em assembleias, mas de reconhecer uma responsabilidade comum que temos para com os nossos irmãos em sociedade. O “consenso em Bioética” apenas poderá resultar do reconhecimento do que todos os

<sup>25</sup> Card. W Kasper, op cit.

<sup>26</sup> Card. D. Tettamazzi. La radici cristiane dell’Europa e la bioética. In: *Orizzonte Medico*, n. 5, pg. 8 e seg. Roma, 2012

homens têm em comum; a sua humanidade... Que é muito maior do que tudo aquilo que eventualmente os possa separar.

#### 4. Conclusões

Para concluir vou citar as palavras do Cardeal Joseph Ratzinger em 13 de Maio de 2004 quando ainda era o Perfeito para a Congregação da Doutrina da Fé<sup>27</sup>.

*“Como vão as coisas na Europa? Após os violentas convulsões dos nossos tempos, existirá uma identidade da Europa com futuro e pela qual valha a pena lutar? (...) Eu gostaria de indicar brevemente quais serão os elementos fundamentais da moral da Europa pelos quais, na minha opinião, deveremos comprometer-nos.*

*O primeiro elemento é o da “incondicionalidade” da presença dos conceitos de dignidade humana e de direitos humanos nos valores orientadores da organização das leis e das regras vigentes na União Europeia. Estes conceitos fundamentais não foram criados pelos governantes nem pelas assembleias legislativas. Existem por direito próprio da cidadania e, apenas por essa razão, deveriam, sem excepção, ser respeitados no texto de todas leis. Constituem valores de outra ordem. A dignidade humana é anterior a qualquer intervenção de ordem política porque se refere, em última instância, ao Criador: só Ele pode estabelecer valores baseados na essência do homem que são intangíveis (...) Hoje ninguém poderá negar a prevalência da dignidade humana e dos direitos fundamentais dos cidadãos antes de qualquer decisão de ordem política; os horrores do nazismo e das suas teorias radicais ainda são muito recentes na memória da humanidade. Se considerarmos a clonagem humana, a preservação de fetos humanos para a investigação biomédica e para a doação de órgãos, se pensarmos em tudo que se refere à manipulação genética no homem, teremos que encará-los como claras violações da dignidade de todo o ser humano, que necessariamente nos desafiam e não pode ser ignoradas. Além disso, no domínio das violações do respeito pelos direitos humanos devem*

<sup>27</sup> Card. Joseph Ratzinger. *Lectio Magistralis sulle radici spirituali dell’Europa*. Biblioteca del Senato. Sala Capitolare del Chostro della Minerva. Roma, 13 de Maio 2004. *Il Foglio Quotidiano*, Anno IX, n. 132, 14 de Maio de 2004. <http://www.disf.org/Documentazione/50.asp>

*considerar-se, entre muitos outros fenómenos estranhos que ocorrem nas nossas sociedades, o comércio de seres humanos, o tráfico de órgãos humanos e as novas formas de escravatura. (...)*

Os valores da dignidade do homem, da liberdade, da igualdade e da solidariedade, juntamente com os princípios da democracia e o primado da lei estão ligados a uma imagem do homem, a opções de ordem moral que foram originadas na Europa e que estão integradas na sua cidadania. Mas não são valores respeitados universalmente. Estes valores devem ser preservados e garantidos na vida prática dos cidadãos. Apenas estes poderão garantir nas sociedades do futuro a prevalência de uma forte consciência moral que fortaleça os verdadeiros alicerces em que se fundamenta a nossa cultura.

Um segundo ponto a referir é o do casamento e da família. O casamento monogâmico é uma estrutura essencial nas relações entre o homem e a mulher, sendo simultaneamente o núcleo fundamental da orgânica das sociedades humanas. Fundamenta-se na imagem bíblica do homem e da mulher. Essa imagem conferiu à Europa, em todas as suas sociedades do oriente ao ocidente, as características particulares de estabilidade e de humanidade. Também fomentou algumas características de lealdade e de renúncia em favor dos membros mais frágeis dessas sociedades. A Europa não seria Europa se esse elemento estrutural desaparecesse ou se modificasse.

A *Carta dos Direitos Fundamentais* fala do direito ao casamento, mas não define as suas características nem nenhuma protecção específica de ordem moral ou de ordem legal. Todos sabemos que a família e o casamento se encontram ameaçados, por um lado pela facilitação do divórcio e, por outro lado, por certos comportamentos mais recentes cada vez mais generalizados da coexistência de casais que não tem a forma legal do casamento. Em contraste com estas atitudes, é cada vez mais frequente a vida em comum de homossexuais que, paradoxalmente, pedem agora uma fórmula legal de uma união que se pretende mais ou menos semelhante ao casamento. Com estas tendências existe uma deriva na história natural do casamento, a qual, apesar da diversidade das formas de união pessoal nas várias sociedades europeias, sempre teve, na sua essência, a comunhão de vida entre um homem e uma mulher, permitindo e promovendo a procria-



ção e a constituição da família. Nos comentários às uniões formais entre homossexuais, não nos referimos a qualquer tipo de discriminação, mas apenas à questão de que a natureza humana é masculina e feminina. Até aos dias de hoje, a união estável dos membros dos dois sexos foi a única a ser reconhecida e protegida pela lei formal. Com a união entre os homens e as mulheres ficando cada vez mais distante de uma consagração legal formal, com as uniões entre homossexuais ficando cada vez mais equiparadas aos casamentos, ficaremos perante uma dissolução da imagem do homem, da mulher e da sociedade que poderá ter consequências extremamente sérias.”

O meu último ponto é o da questão da religião na Europa. Não gostaria de me envolver em discussões complexas dos anos recentes, mas desejaria apenas sublinhar um aspecto chave de todas as culturas: o respeito que as sociedades têm pelo sagrado, especialmente o respeito pelo sagrado no mais elevado sentido, isto é, por Deus. Este é um sentimento que se encontra geralmente mesmo entre aqueles que não acreditam em Deus. Quando este sentimento se perde nas sociedades perde-se igualmente alguma coisa de fundamental.

Na sociedade europeia actual, graças a Deus, não existem manifestações de ofensas à fé de Israel, à sua imagem de Deus e às grandes figuras do Antigo Testamento. Não existem também manifestações de agressividade ao Corão e aos seus maiores valores. No que se refere à defesa dos valores cristãos, as atitudes dominantes nas nossas sociedades ocidentais contemporâneas parecem ser apenas os da liberdade de expressão e os da tolerância. Limitar ou moderar a agressividade contra os cristãos parece constituir uma grave limitação da liberdade.

A liberdade de expressão, todavia, tem os seus limites. Não pode destruir a honra e a liberdade dos outros. Não pode instrumentalizar-se a liberdade de expressão com a mentira ou com atitudes contrárias aos direitos humanos. Criou-se uma atmosfera estranha nas sociedades ocidentais: existe uma clara aversão ao que é nosso, que apenas poderá ser interpretada como um fenómeno patológico; tenta-se compreender os valores exteriores e não se valoriza os que nós criámos e moldaram a evolução das nossas sociedades. Na história releva-se o que é deplorável e destrutivo e não se valoriza o que é verdadeiramente grande e puro.

Promove-se e encoraja-se apaixonadamente o multiculturalismo e esquece-se, nega-se e negligencia-se o que é nosso, foge-se das nossas próprias tradições. Mas o multiculturalismo não pode existir sem os nossos princípios aceites, conscientes e partilhados, sem os pontos de referência dos nossos valores e das nossas instituições. Para poder sobreviver, a Europa precisa de uma nova aceitação - crítica e humilde - de si própria. E certamente não poderá existir sem o respeito do que para nós é “*O Sagrado*”. Uma parte essencial do multiculturalismo é o do olhar para o que é sagrado para os outros; mas não poderemos sequer fazer isso se não nos apercebermos o que para nós é “*O Sagrado*”. Deste modo, o multiculturalismo poderá fazer com que nos conheçamos a nós próprios.

Na presença dos outros povos devemos mostrar a face de Deus que conhecemos – a face de Deus que tem compaixão pelos que sofrem e pelos fracos, pelas viúvas e pelos estrangeiros, a face de Deus que é tão humano que se transformou num homem que sofreu e cujo sofrimento nos retribuiu a dignidade e a esperança. Se não o fizermos, não só negaremos a identidade da Europa como ainda prestaremos um mau serviço aos outros povos.

Muitas culturas exteriores à Europa consideram que a cultura ocidental profanou muitos dos valores que eles consideram sagrados e se encontra muito afastada dos valores fundamentais da vida e da existência humanas. Eles estão convencidos de que um mundo sem Deus não tem futuro.

Não sei como será a Europa do futuro. A Carta dos Direitos Fundamentais poderá constituir um primeiro passo, um sinal de que a Europa estará novamente a tentar encontrar a sua alma. Neste aspecto deveremos concordar com *Arnold Toynbee* na ideia de que as sociedades evoluem sempre a partir de minorias criativas. Os cristãos poderão sempre tomar-se como minorias criativas e mostrar à Europa o melhor da sua herança histórica colocando-a o serviço da humanidade.

Enzo Bianchi<sup>28</sup>, prior de Bose, afirma que a melhor contribuição que os cristãos poderão dar é o do testemunho da sua fé comum e verdadeiramente profética no Evangelho, a caminho da unidade. Se os discípulos de Jesus Cristo persistirem em manter-se divididos, em opor-se uns aos

---

<sup>28</sup> Enzo Bianchi. Pensare l'Europa. <http://www.peacelink.it/paxchristi/a/14840.html>

outros, se nem sequer se conseguirem encontrar para discutir as razões do seu desacordo; se, com o seu proselitismo fomentam os “*mercados da fé*”, então as suas intervenções no sentido da promoção da sua fé serão cada vez mais fracas e qualquer ocasional aliança em certos aspectos específicos, será interpretada apenas pelos não cristãos como uma união táctica.

Entre as igrejas o ecumenismo deve ser uma atitude diária, de modo a que quando uma se move a outra a acompanhe e, de modo nenhum, a hostilize: este é o único caminho para que se consiga preparar uma comunhão autêntica. A unificação das igrejas cristãs deve prosseguir como um contributo para a aproximação entre todos os membros da comunidade humana. Os cristãos devem, passo a passo, prosseguir e aprofundar esta via encarando-a como um serviço prestado à humanidade. O compromisso para a harmonia dos povos e das culturas que se dizem cristãs deve ser encarado como uma procura construtiva da paz, deve prosseguir pela educação para a coexistência pacífica entre as novas gerações de cristãos que não conheceram os horrores das guerras, pelo esforço para evitar os conflitos entre as civilizações e para transformar as tensões entre os grupos em oportunidades de diálogo e de mútuo enriquecimento. Apenas deste modo se poderá caminhar para a globalização da solidariedade, da justiça e da paz. Apenas deste modo podemos pensar e planear em conjunto, cristãos e não cristãos, os caminhos da aproximação entre as civilizações do mundo, objectivo para o qual a Europa poderá dar o seu contributo fundamental: o do seu exemplo da integração em paz de povos e de culturas sob o mesmo tecto de uma “*Casa Comum*”.

## Resumo

**Europa, ecumenismo e ética.** Prof. Alfredo Anzani. Neste texto, o antigo vice-presidente da Federação Europeia dos Médicos Católicos (FEAMC) refere-se brevemente aos principais marcos históricos da constituição da União Europeia. Lança um breve olhar sobre a história das separações entre os cristãos que teve origem na Europa e às suas consequências. Aponta a dignidade humana como o conceito de origem cristã que foi nuclear no desenvolvimento de toda Bioética e algumas questões éticas presentes na cultura contemporânea da Europa.



## **O SENTIDO DA VIDA AO CAIR DA FOLHA: – Uma perspectiva em Cuidados Paliativos –**

*André Reis* e col.\*

### **INTRODUÇÃO**

Existimos como uma espécie de *Homo sapiens* que manifesta simultaneamente certezas de finitude e anseios de continuidade e imortalidade. Ao longo de toda a história da Humanidade encontram-se evidências da procura de um sentido para a vida, quer a nível de construções materiais, quer a nível de ritos, conceitos filosóficos ou credos religiosos. No entanto, é nos momentos mais difíceis que as grandes interrogações humanas se revelam com especial acuidade. Os grandes pensadores e movimentos filosóficos, bem como as religiões que reúnem mais crentes, são fruto de épocas de turbulência histórica, como estrelas que procuram lançar alguma luz sobre o sentido da existência humana.

Depois de um século de conquistas científicas e de um progresso material vertiginoso que permitiu, em certas zonas do globo, alcançar uma esperança de vida sem precedentes, em que o homem viajou pelo espaço sideral, desvendou mistérios ocultos durante séculos, será que conseguiu por fim decifrar o enigma da sua existência? Terá conseguido saciar a sua sede de infinito e de imortalidade? Encontrou realmente um sentido para a sua vida e para a sua morte?

---

\* **André Reis** – Médico de Família – CS Macedo de Cavaleiros (ULS do Nordeste);

**Maria Teresa Ramos** – Internista, Pós-graduação em cuidados paliativos – Unidade de Cuidados Paliativos da ULS do Nordeste;

**Raquel Meireles** – Interna de MGF – CS de Bragança 1 – Sé (ULS do Nordeste);

**Sara Costa** – Psicóloga, Unidade de Cuidados Paliativos da ULS do Nordeste.

Este artigo pretende dar um pequeno contributo para esta discussão, partilhando breves reflexões acerca do sentido da vida na perspectiva de doentes, familiares e profissionais de saúde de Cuidados Paliativos, uma área em que esta temática assume especial relevo. Aqui ficam, então, algumas dessas reflexões e, sobretudo, interrogações...

### UMA PERSPECTIVA INTEGRADORA

Como redefinem o sentido das suas vidas aqueles que se confrontam e vivenciam doenças crónicas e terminais?

Após um ciclo de quimioterapia muito agressivo, em que precisou de estar em isolamento e quase sucumbiu a uma sépsis, o Sr. R. encontrou-se com outro paciente nas sessões de quimioterapia depois do Natal:

*«É como se tivéssemos nascido outra vez! No Natal parecia uma criança a abrir as prendas! Não foi pelas prendas; foi porque nunca tinha sentido uma alegria tão grande por estar ali, vivo e com os meus...*

*Tem razão Sr. R. Sabe o que me disse a minha neta? Avô, tu tens cabelozinho de bebé! Eu não tinha cabelo nenhum aqui no alto e sabe que até aqui está a nascer?»*

Esta alegria com as pequenas coisas permite ultrapassar tudo!

Quando alguém recebe um diagnóstico de uma doença grave e terminal, que o vai afastar dos seus e de tudo aquilo porque lutou na sua vida, o que o motiva a continuar a viver? Quando o corpo começa a dar sinais de um fim próximo, que sentido encontra para a sua própria existência? O que pensa uma pessoa nessas circunstâncias?

*«Sei que já não vou durar muito, mas já tenho um neto, os meus dois rapazes conseguiram acabar o curso... Foi querer ver o mais novo formado que me ajudou a aguentar a quimioterapia.*

*Sabe, eu era mecânico, mas sempre gostei muito de plantas. Desde que me reformei por causa do cancro, tenho trabalhado num campo*

*que temos ao pé de casa, para me distrair. Temos lá uma noqueira bem bonita.*

*Eu acho que estou como a nossa noqueira. Eu era assim alto e forte, protegia a minha família, trabalhava a pensar no futuro deles. Neste outono fiquei a olhar para a noqueira a deixar cair as folhas. Quem olhasse, parecia que ela ia morrer, mas o que eu vi é que ela estava a proteger as nozes que tinham ficado esquecidas, para elas poderem germinar.*

*Quando eu morrer não vai acabar tudo. Tenho a certeza que vou continuar a olhar por eles e a protegê-los, embora pareça uma folha que já caiu.»*

CJR

E foi assim que o seu neto LR viu “a folha cair”:

*«O avô foi para o céu, vai contar histórias ao Menino Jesus e aos outros meninos.»*

A liberdade espiritual do ser humano, que não lhe pode ser tirada, permite-lhe, até ao último suspiro, configurar a sua vida de modo a que tenha sentido.

A sensação de finitude corporal é uma interrogação para qualquer membro da espécie humana. Não são apenas as doenças oncológicas ou degenerativas que provocam interrogações... Que sentido tem a vida quando se envelhece, perdendo o papel que nos caracterizou?

Quantas pessoas têm uma visão redutora da vida, que se manifesta por expressões locais de cariz popular? Essas expressões, relatadas por alguns doentes idosos, mas tão comuns entre nós, denotam muitas vezes uma velhice sem sentido: *«Vêm as tosses, mingam as posses, o nariz pinga, a vida está finda»*; *«Quando o boto é velho, tudo são botainas»*; ou ainda *«No fundo do pipo só restam as borras»*.

*«Em vez de recriminares contra a escuridão, porque não acendes uma luz?»*

Quantos têm a sorte de ter uma velhice estimada? Quantas vidas são tão transbordantes que se podem rever nas palavras pronunciadas pelo Sr. M. numa das suas últimas consultas?

*«A velhice calma e feliz é como um dia de sol no Outono, é um bom dia de colheita do que se semeou na Primavera».*

Quando chegou o dia em que o Sr. M. encheu o cesto da sua colheita, a filha deixou-nos o seu testemunho:

*«O nosso pai sabia tudo da doença. Ele lia muito, foi ele que nos disse o que tinha e nos preparou. Sofreu bastante naqueles dois anos depois de se descobrir a doença. Só por uma vez o ouvi dizer assim: “O que tu eras M. e no que te transformaste”. No resto do tempo estava bem-disposto apesar do que sofria. Saía da cama, dava uma voltinha dentro de casa e dizia que não podia cansar-se muito porque precisava de guardar as forças.*

*No dia dos anos dele, ainda se conseguiu levantar, estávamos todos à mesa e ele disse: “A coisa melhor que tenho no mundo sois vós! Quando tinha de sair para resolver qualquer coisa só pensava em voltar para o pé da minha mulher e dos meus filhos”. Pouco durou depois disto.*

*Tinha um cancro. Já tinha sido operado duas vezes, tinha feito muitos tratamentos e transfusões, estava a ficar muito fraquinho, já não tinha forças para nada, nem para comer. Na véspera da morte, ele sabia que faltava pouco para partir, tinha perdido muito sangue. Não quis o soro nem ir para o hospital, só pediu ao enfermeiro e à médica que lhe aliviassem as dores.*

*Naquela noite, fizemos a nossa mãe deitar-se um bocado e ficamos à vez a olhar por ele, sentados no cadeirão. Estava muito calmo, às vezes lá acordava, olhava para nós e voltava a fechar os olhos. Estava uma noite luminosa. Da janela do quarto via-se um céu estrelado e eu vi como nunca tinha visto as minhas estrelas predilectas: a constelação daquelas quatro que desenhavam um trapézio com três seguidas*



*no meio e pensei “o retângulo é o nosso pai, as do meio somos nós os três, no coração dele”. Quando éramos pequenos, o nosso pai ensinava-nos as Ursas, a Cassiopeia, a Órion. Uma vez ficamos a teimar de quem eram as estrelas, então o pai deu as Ursas aos meus irmãos e a Órion a mim, e não voltámos a discutir. E foram as minhas estrelas que eu vi naquela noite. Como me consola agora ver estas estrelas nas noites bonitas! O nosso pai era assim, gostava de dar prendas que duravam...*

*De madrugada, estava fraquinho mas muito sossegado e disse: “foi bom estardes ao pé de mim, não queria morrer sozinho”. Depois adormeceu, quando a luz da manhã já entrava na janela. Acordou, olhou na direção do dia, fez um sorriso tão lindo, tão luminoso, como sorria quando via alguma coisa muito linda, mexeu os lábios mas já não ouvimos o que ele disse, olhou para nós e pouco depois ficou-se, como se tivesse adormecido outra vez.»*

Os cuidados paliativos não procuram somente atenuar o sofrimento ou aliviar a dor, mas também estabelecer uma relação de empatia com o doente e sua família.<sup>1</sup> Mais do que escutar, “cuidar” é estar presente, é ser base terapêutica da pessoa nesta última fase da vida, de modo a conseguir, tanto quanto possível, um clima de paz, de serenidade, de apaziguamento moral e físico.

Aquele que cuida não se preocupa apenas com o tratar a doença ou com o alívio dos sinais e sintomas, mas também com o assegurar ao doente a satisfação das suas mais prementes necessidades como ser humano. Isto é claramente evidenciado por Reich ao referir-se às atitudes de quem de facto cuida: “o verdadeiro profissional de saúde cuidador é aquele que se preocupa com os seus doentes, especialmente aqueles que não podem cuidar de si próprios”.<sup>2</sup>

O adequado controlo de sintomas, causadores de grande sofrimento, cria um espaço que se revela necessário para que o espírito se possa expandir e reencontrar o sentido profundo da sua existência, paz consigo mesmo e com o universo, como evidenciam os relatos seguintes, efetuados por um profissional de saúde de uma Unidade de Cuidados Paliativos:

«No princípio do internamento, o Sr. Z. estava numa grande revolta, cheio de dores, incapaz de se alimentar e atirando a comida para o chão: “Deixem-me em paz, não quero medicamento nenhum!”, “Vocês são surdos?”, “Não quero comer, já disse!” – Era este o comportamento perante todos os profissionais da Unidade.

Nem a família escapava a esta fúria... “Que vindes cá fazer? Quero dormir, não vedes que quero dormir?”. Pegava na sua bengala, e agitando-a no ar acrescentava: “Ide-vos embora! Não vos quero aqui”. Aos poucos, entre bolinhos de chocolate, jogos de cartas, anedotas, visitas frequentes da filha, que ficava por vezes sem almoçar para o poder vir visitar, foi-se aproximando da equipa e da família. As barreiras foram-se derrubando, e o Sr. Z. passou a ser uma pessoa com um nome, uma profissão, uma família e uma identidade, que partilhava com orgulho os seus feitos e experiências!

As visitas da família tornaram-se um momento muito esperado e vivido com alegria crescente, que se repercutiu em idas a casa da filha para estar com a esposa e os netos, sempre que o seu estado de saúde o permitia.

Aquele homem, que fora ausente como marido, pai e avô, aproveitava agora todos os momentos para recuperar o tempo perdido. Aquele que mais parecia o “Zangado” dos sete anões tornou-se um “Mestre”. Pedia uma rosa do jardim da Unidade para a esposa e para a filha, guardava o seu bolinho de chocolate para o neto, tudo lhe servia para mostrar o seu carinho à família.

No fim daquela primavera, partiu um homem em paz com os profissionais, com a família, e acima de tudo consigo próprio.

Infelizmente, nem tudo correu da mesma forma com outras pessoas... Recordo com muita tristeza a Sra. E., de quem o segundo marido se separou após o diagnóstico da sua doença maligna. Tinha passado por dois casamentos com dois filhos de cada casamento. O seu maior desejo era a reconciliação dos quatro filhos, mas os restantes familiares não o permitiam, porque tinham sido divórcios muito conflituosos! Nós próprios tínhamos dificuldade em ajudar adequadamente, porque alguns de nós eram conterrâneos dos ex-maridos, e não se afiguravam

*capazes de ouvir o desejo profundo daquela mãe. Esteve connosco tão poucos dias! Aliviámos-lhe as dores dos ossos, mas não conseguimos proporcionar-lhe uma visita conjunta dos seus quatro filhos... Partiu preocupada com o futuro deles, e nós ficamos também órfãos...».*

*«Os corpos não sofrem, só as pessoas como seres totais sofrem.»<sup>3</sup>*

E para o profissional que trabalha em Cuidados Paliativos, como mantém de pé esta capacidade tão profundamente humana de ver para além da desgraça?

Entre alegrias profundas e situações frustrantes, a entrevista que a seguir se transcreve permite ficar com uma ideia do que motiva os homens e mulheres que se dedicam a cuidar dos doentes próximos do final das suas vidas.

Qual a razão de trabalhar em Cuidados Paliativos?

*Na adolescência tinha dois sonhos: ser médica para poder aliviar o sofrimento das pessoas e ser pára-queda para poder salvar aquelas pessoas encurraladas em remotos locais. Perturba-me desde então o sofrimento humano. Mas mais do que o sofrimento perturba-me a marginalização do sofrimento.*

*Entrei na enxurrada tecnicista e racionalista da medicina curativa, deixando-me envolver numa rede de protocolos defensivos, centrados na patologia e muitas vezes descentrados do doente e da sua envolvência socio-afectiva. Simultaneamente, fui percebendo que havia franjas penduradas dos doentes que tratava que tornavam a acção curativa redutoramente ineficaz e desequilibrada. O doente não tinha sido tratado porque “uma das suas peças tinha sido substituída”, porque uma das suas intercorrências vivenciais de funcionamento tinha sido corrigida... Fui ficando com o amargo da sobre-especialização e com o amargo de cada vez mais estar a tratar doenças e não doentes... Fui ficando também com o vazio de recusa de proximidade... Com o vazio dos números das camas... Com o frio do esquecimento do rosto dos doentes... Com o vazio de uma medicina desvinculada e quase anti-relacional...*

*A evidência da incurabilidade deixa a medicina curativa como bússola sem norte. Os doentes terminais foram sentidos, em determinado percurso histórico da ciência médica, como terra de ninguém, não tinham um rótulo patológico, não se constituíam como entidade de abordagem de investigacional nem como entidade com potencial de cura e como tal foram votados ao ostracismo.*

*Essa atitude de hostilidade ou então a atitude contrária de obstinação terapêutica era mais patente em especialidades cirúrgicas e talvez por isso me fez demarcar. Encontrei na linguagem do acompanhamento dos doentes terminais a simbologia que se adequava á minha forma de encarar a Medicina.*

*Os Cuidados Paliativos, enquanto abordagem multidisciplinar do doente e da família, reflectem uma outra forma de compreender o sofrimento nas vertentes física, psicológica, social e espiritual, vinculativa de rigor científico e calor humano, proporcionando aos profissionais a possibilidade de se dar no ato de acompanhar e aliviar o sofrimento dos doentes.*

*O que é mais difícil em cuidados paliativos?*

*Dizer adeus a alguém que parte numa viagem de comboio sem destino e sem bilhete de volta, num dia de nevoeiro, é sempre difícil, principalmente quando na gare faz frio ou quando quem parte deixa parte da bagagem no local de embarque...*

Julga que as equipas de cuidados paliativos são mais geradoras de burnout?

*A equipa de Cuidados Paliativos, quando bem organizada, faz a catarse dos conflitos que o trabalho com situações limite provoca, em reuniões de grupo, discutindo progressivamente os problemas individuais dos profissionais e do grupo com os utentes ou com os familiares. No entanto, a afectividade inerente ao ato de cuidar o doente paliativo, numa atitude empática de acolhimento, torna o profissional mais frágil. Muitas vezes cai no próprio laço do ser que cativa e “se tornou único para si“. Esta perda relacional é muitas vezes vivencialmente geradora de sofrimento que pode causar exaustão.*

Em que medida trabalhar em cuidados paliativos tem a ver com o sentido da sua vida?

*O meu motivo é o meu sentido. Trabalhar em Cuidados Paliativos faz-me crescer enquanto pessoa, faz-me percorrer caminhos de proximidade com o outro em sofrimento, traz-me o desafio dum projecto de entrega que é urgente, pois não tem dia seguinte de acção... É hoje ou talvez não seja nunca, pois o doente terminal pode não ter amanhã.*

Como disse Nelson Mandela, “Não importa ter vivido, mas ter feito a diferença”.<sup>4</sup>

## CONCLUSÃO

*«Se tudo um dia mergulha no nada, as coisas, os valores, a pessoa, será possível continuar a defender um sentido para a vida?»<sup>5</sup>*

Com este artigo não se pretendeu obter uma resposta conclusiva acerca do sentido da vida. Pretendeu-se, isso sim, partilhar algumas reflexões de utentes de uma Unidade de Cuidados Paliativos e também de profissionais que dedicam o seu tempo a cuidar daqueles que se encontram na recta final da sua existência.

Quando somos abanados pela vida, questionamos mais intensamente porquê e para que vivemos. É muitas vezes nestas circunstâncias que o ser humano conduz o cérebro ao passado, ao tempo que já não volta, e ressuscita lembranças que o fazem compreender e entregar-se aos últimos momentos, sem mágoas, sem ressentimentos, porque encontrou um sentido para ter vivido.

*«O Homem não foi feito para sofrer, o seu destino verdadeiro e último é felicidade e amor.»<sup>6</sup>*

## RESUMO

Após um século de progressos científicos inimagináveis, torna-se mais pertinente o enigma da existência humana. Terá o Homem finalmente conseguido saciar a sua sede de infinito e de imortalidade? Encontrou realmente um sentido para a sua vida e para a sua morte?

O presente artigo pretende contribuir para esta discussão, partilhando breves reflexões acerca do sentido da vida na perspectiva de doentes, familiares e profissionais de saúde de Cuidados Paliativos, uma área em que esta temática assume especial relevo. Com ele não se pretende obter uma resposta categórica acerca do sentido da vida. Pretende-se, isso sim, partilhar algumas reflexões de utentes de uma Unidade de Cuidados Paliativos, e também de profissionais que dedicam o seu tempo a cuidar daqueles que se encontram na recta final da sua existência.

## BIBLIOGRAFIA

1. González Barón, M. (1995). *Tratado de Medicina Paliativa*. Madrid (1.ª Edição): Editorial Médica Panamericana.
2. Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética*. Loures (1.ª Edição): Lusociência.
3. Barbosa, A. & Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa (2.ª Edição): Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
4. Mandela, N. (2002). *Discurso efectuado na festa do 90º de Walter Sisulu*. Joanesburgo.
5. Almeida, J. (1989). *Vida e Morte – Sentido e Esperança*. Lisboa: Edições Salesianas.
6. Sanz Ortis, J. (2001). *El Control del sufrimiento evitable*. Madrid: You & Us.

## UM HUMANISMO PARA A MEDICINA DO NOSSO TEMPO<sup>1\*</sup>

*Academia Nacional de Medicina Francesa<sup>2\*\*</sup>*

### 1ª PARTE

#### **O humanismo na medicina**

Todas as tentativas de definição de humanismo médico correm o risco de ser redutoras, tanto na sua prática como nos seus objectivos. Dois filósofos integrando o grupo de trabalho que produziu este texto propuseram uma definição: “*O caminho percorrido pelo médico, numa tensão permanente e variável, tal como ele é e como deveria ser, no seio de sociedades em aceleração permanente dentro de contextos sociais, económicos e tecnológicos que o médico nunca experimentou anteriormente*”.

Os mesmos participantes do grupo de trabalho chamaram a atenção para uma questão fundamental: o humanismo não constitui uma virtude que se acrescenta ao humanismo. O humanismo é consubstancial à medicina. A medicina, ela própria, constitui uma forma de humanismo, porque se trata, segundo Platão, de uma “*teknê*”, que figura, como a educação, entre as “*Artes da Salvação*” (1, 2). O humanismo médico consiste assim em controlar esta *teknê*, admitindo que não existe medicina senão ao serviço do homem.

---

<sup>1\*</sup> Traduzido e adaptado de Bull. Acad. Nationale Méd., 2011, 195, no 6, 1345-1368, sessão de 21 junho 2011 (A. Laureano Santos)

<sup>2\*\*</sup> Foram relatores: François-Bernard Michel, Daniel Loisançe, Daniel Couturier et Bernard Charpentier (em nome de um grupo de trabalho e da Comissão XV – Exercício da medicina em meio hospitalar público e em meio hospitalar universitário) – Academia Francesa de Medicina.

Considerem-se desde já, segundo Kant, as características do pensamento humanista:

– a aceitação do sofrimento do outro a uma distância nem afastada nem muito próxima; e a aceitação de um diálogo através da troca da palavra. Trata-se, assim, de duas práticas a aceder pela educação.

Segundo uma outra filósofa, Alice Casagrande, que exerce a sua actividade em estruturas hospitalares, o humanismo médico é *“esta característica que, em nome de certos valores, se interpõe entre os mecanismos automáticos de uma equipa (na realidade de um grupo) que impede e contraria as lógicas prejudiciais à sua intervenção e que lhe permite ultrapassar os obstáculos que se interpõem no caminho dos seus objectivos prioritários que são sempre no sentido do benefício dos doentes”*.

Uma colega com a formação de internista e de psiquiatra, Nicole Lafont, interroga-se a propósito das derivas nos caminhos do humanismo na medicina: *“Como se poderá evitar que o médico responda ao fantasma da imortalidade dos seus doentes com uma espécie de recurso fantasmático e quase alucinante da técnica? Como evitar que ele se torne uma espécie de ferramenta das próprias ferramentas que utiliza?”* O consumismo e o individualismo *“instaurados nos direitos dos doentes atenuam a alteridade e negam as diferenças entre os saberes do médico e do doente. As características atribuídas aos doentes de serem utilizadores, utentes ou clientes institucionaliza uma aparente (mas desigual) paridade que contribui para a confusão actual.”*

Estreitamente ligado aos objectivos da ética médica, cujo garante em França é o Conselho da Ordem dos Médicos, o humanismo médico não se esgota na ética propondo *“uma prática da medicina e dos cuidados de saúde absolutamente respeitadora da pessoa humana em todas as suas dimensões físicas e metafísicas”*.

O humanismo médico deve viver com o seu tempo. Assim, deve integrar o contexto da actual utilização das altas tecnologias na medicina que ocorre nas sociedades de economia evoluída, associando o rigor científico e tecnológico à medicina da pessoa. A tecnologia não se opõe à clínica nem a dispensa. Realizar um exame de RMN não é clinicamente menos importante do que o diálogo que o antecede e o que se lhe segue com o co-



mentário pessoal sobre as suas consequências, tudo integrado no programa da intervenção clínica (3,4,5).

### **A situação actual**

Um curioso paradoxo caracteriza o contexto actual do exercício da medicina. Num período em que os médicos e os doentes têm na sua mão as condições de diagnóstico e de tratamento que outrora não existiam, as quais, sendo fácil e generalizadamente acessíveis, contribuem poderosamente para a qualidade dos cuidados de saúde, existe simultaneamente uma vasta proporção dos seus destinatários que se declara insatisfeita com o mundo da medicina. Muitos são os doentes que se lamentam dos seus internamentos nos hospitais, porque se sentem anónimos e desligados dos seus contextos familiares e sociais, porque nunca encontram o mesmo interlocutor, porque têm a impressão que não são ouvidos nas suas queixas.

Esta redução da figura simbólica do médico, como também a dos professores, manifesta-se de muitos modos. As condições do exercício da medicina têm sido oneradas com pesadas tarefas administrativas de que os médicos práticos poderiam e deveriam ser dispensados, a fim de se poderem dedicar às tarefas essenciais da sua profissão e aos seus deveres de disponibilidade para os doentes.

O legítimo reconhecimento dos direitos dos doentes expressos nas leis e na sua regulamentação em cada país constituem marcos importantes de uma evolução progressiva das sociedades no bom sentido da dignificação das pessoas. Porém, os direitos dos profissionais dos cuidados à consideração e ao respeito por parte dos doentes atenuou-se ou desapareceu, coincidindo com o afloramento progressivo de sinais crescentes de insegurança no exercício das profissões da saúde. Poder-se-á dizer que “*a uma relação de confiança mútua entre uma vulnerabilidade e uma capacidade com uma consciência*” sucedeu uma relação contaminada por uma “*mútua desconfiança*”.

Os princípios da precaução e da litigância crescentes nos actos médicos influenciam muito negativamente a relação médico-doente. Alteram o contrato de confiança, conduzem o médico a ver perante cada doente um novo risco, a retrair-se nos seus propósitos sabendo que os dois participantes depressa poderão colocar-se em campos opostos, a multiplicar explo-

rações complementares ou a ficar indiferente deixando os doentes perante várias opções de intervenção terapêutica. Este “mau estar” dos médicos e dos enfermeiros agrava-se perante a multiplicação das agressões verbais e físicas, os riscos de exaustão física e psicológica que nalguns casos têm conduzido ao suicídio (nos grupos etários dos médicos dos 35-65 anos as taxas de suicídio atingem 14 % contra os 6 % no conjunto da população!).

Um outro indicador com significado é o facto de vastas faixas da população procurarem cada vez mais para as ditas “*medicinas paralelas ou medicinas alternativas*”.

### **Os factores responsáveis pela degradação do humanismo na prática da medicina**

Estes factores responsáveis por estes fenómenos **têm sido largamente analisados** em numerosos trabalhos académicos (3,16).

#### **1. Factores ligados à evolução das sociedades**

A afirmação de que a prática da medicina evolui de acordo com o desenvolvimento das sociedades contemporâneas inpõe-se por si própria. As academias têm enviado numerosos avisos ao mundo da medicina desde o final dos anos 80 alertando para uma evolução sociológica (que se traduz, entre outros fenómenos sociais, por um incremento do consumismo médico) que iria necessariamente constituir um desafio para o humanismo no exercício da medicina (6,10). Denys Pellerin sublinhou, em várias oportunidades, a tendência nos domínios jurídicos para enquadrar os actos médicos numa actividade profissional “como qualquer outra”, e um hospital a “uma empresa como todas as outras”, conduzindo a um conjunto de atitudes nefastas, encarando a relação médico-doente como uma “prestação de serviço” e os doentes como “utentes” ou “clientes”. A aplicação de tais conceitos de tipo mercantilista à singularidade do acto médico constitui um preâmbulo perigoso num contrato de confiança singular indispensável nas relações entre um cuidador e um destinatário dos cuidados. Esta terminologia inapropriada tem sido mantida ao longo de sucessivas décadas

nomeadamente nos textos das directivas europeias (normas, referências, jurisprudência, termos de responsabilidade, normas processuais).

## **2. Factores ligados aos custos dos cuidados de saúde**

Apesar do aforismo incessantemente referido de que “a saúde não tem preço”, é preciso sublinhar que os custos dos cuidados de saúde em todas as sociedades evoluídas não têm parado de crescer, quer no que se refere à estruturas hospitalares cada dia mais onerosas, quer aos meios de diagnóstico e de tratamento, cada vez mais complexos, quer ainda dos custos com o pessoal altamente especializado. O aumento da longevidade e as obrigações ligadas aos encargos financeiros com as pessoas dependentes e deficientes criam novas dificuldades.

Os cortes nos orçamentos conduzem ao abreviamento dos internamentos hospitalares, impondo uma maior rapidez nos processos de diagnóstico e reduzindo o tempo e as oportunidades do contacto directo entre as pessoas dos médicos e dos doentes. Considerando as contingências actuais de contracção orçamental, todas as metodologias destinadas à promoção de práticas humanistas na medicina devem excluir as atitudes que aumentem as despesas e promover medidas que potencialmente conduzam à redução dos custos.

## **3. Factores ligados à selecção e à formação dos futuros médicos**

Os processos actuais de admissão no ciclo da formação médica nalguns países da Europa criam numerosas dificuldades. Alguns candidatos às carreiras médicas vão adquirir a sua formação fora da sua cultura original procurando, no meio ou no final do seu ciclo de formação, a retoma da carreira no seu país de origem. Outros estudantes vão adquirir a sua formação fora da União Europeia, criando dificuldades acrescidas na sua adaptação ao exercício da profissão e à avaliação do seu curriculum. Há quatro tipos de questões sobre o recrutamento dos futuros médicos que merecem ponderação: as questões que se referem à formação anterior à faculdade; a da motivação pessoal; a dos conteúdos do ensino da medicina; e, enfim, a da selecção dos candidatos.

### ***A formação anterior***

Uma das particularidades identificáveis nos estudantes que se inscrevem no primeiro ano das Faculdades de Medicina é a de uma grande debilidade nos domínios das “*humanidades*”, o que, evidentemente, não predispõe para a prática do humanismo. O testemunho de um director de um centro de acolhimento de estudantes de medicina é particularmente significativo. Num relatório preparatório de um programa de preparação dos jovens estudantes destinado a um “complemento da sua formação humana, ética, profissional e espiritual”, o seu autor verifica que a maior parte dos estudantes destinados às carreiras científicas, no seu primeiro ano de escolaridade (com notáveis excepções), demonstra uma grande pobreza cultural em geral e literária em particular. “A sua expressão verbal é muito pobre, têm um vocabulário restrito, utilizam adjetivos estereotipados, de tal modo que têm frequentemente dificuldades na linguagem com os adultos e particularmente com as pessoas doentes”. A sensibilidade psicológica é reduzida, sobretudo no que se traduz no “conhecimento da alma humana” (17).

O percurso científico na faculdade não lhes permitirá adquirir as ferramentas filosóficas básicas necessárias à reflexão ética. Não terão a motivação, o gosto e sequer a oportunidade de reflectir, sem esforços excessivos de adaptação, nas grandes questões contemporâneas da ética médica e sobre a sociedade onde que irão exercer a sua actividade. Pertencem às gerações formatadas pelos “*media*” que nos domínios da ética biomédica privilegiam a emoção relativamente à reflexão. Como observava George Bernanos “*os homens deste tempo têm o estômago sensível e o coração duro*”. No decurso da sua permanência nos hospitais, terão certamente grandes dificuldades em integrar o sofrimento e a morte. Os estudantes actuais da medicina têm uma grande probabilidade de endurecer ao mesmo tempo o estômago, o coração e o espírito.

### ***A motivação***

Um número considerável de estudantes inscreve-se passivamente no primeiro ano do curso de medicina apenas porque tem essa possibilidade sem que exista uma verdadeira escolha pessoal. A motivação de cada candidato não é avaliada nessa fase particularmente importante do seu percur-

so curricular. Ninguém questiona os candidatos no sentido de avaliar a sua motivação para se comprometerem com um curso muito longo e uma carreira difícil na qual as relações humanas constituem um aspecto essencial da sua actividade. Terão eles verdadeiramente o desejo de cuidar dos seres humanos em crise? Estarão eles disponíveis para acompanhar os doentes com a generosidade necessária?

Os estudantes de medicina confrontam-se sempre com estas questões numa fase mais precoce ou mais tardia do seu percurso curricular. Cerca de vinte por cento dos estudantes abandonam o curso numa fase avançada porque reconhecem que não se sentem dispostos a exercer a medicina. Outros afastam-se mesmo depois de ter completado a licenciatura.

Não se pode negar que existe na maior parte dos seres humanos uma predisposição individual para as atitudes humanistas. Muitas pessoas encaram as outras com quem convivem na sociedade como uma espécie de prolongamento de si próprias e orientam naturalmente o seu comportamento no sentido do apoio aos seus semelhantes. Mas nem sempre assim é. Algumas, raras felizmente, dominadas pelo seu egoísmo, são incapazes do menor movimento no sentido do bem alheio. Melhor seria se orientassem o seu comportamento de outro modo.

### ***O conteúdo do ensino médico***

O conteúdo curricular dos primeiros anos, os alicerces sobre os quais irão assentar as matérias nucleares do curso de medicina, coloca várias questões que devem ser consideradas. A preponderância quase exclusiva das matérias científicas nos currículos reduz as possibilidades dos candidatos com tendências e aptidões literárias se poderem adaptar ao curso de medicina. A actual predominância feminina tem como consequência uma escolha de especialidades compatíveis com a maternidade e com a vida familiar.

### ***A selecção dos candidatos***

Actualmente, o único critério de selecção na admissão às faculdades de medicina é o das notas nos exames. Os mais ardentes defensores destes critérios são os próprios estudantes, obcecados pelo igualitarismo. Quaisquer que sejam os outros critérios de admissão às faculdades, nomeada-

mente os que incluam um contacto directo com os candidatos como as entrevistas, afirmam os estudantes que dariam lugar à existência de arbitrariedades, para não dizer ao nepotismo. No entanto, o sistema actual cumpre mal os critérios da igualdade de oportunidades porque se multiplicam os centros privados de preparação dos candidatos aos exames, beneficiando nitidamente aqueles que podem dispor de meios financeiros.

#### **4. Factores ligados ao desenvolvimento da tecnologia biomédica**

A tecnologia biomédica tem tido um desenvolvimento exponencial nas últimas décadas, Jean Bernard afirmava que a medicina tinha progredido mais nas últimas cinco décadas do que nos vinte séculos precedentes.

Ninguém admitirá sentimentos redutores acerca desta maravilhosa tecnologia aplicada aos meios de diagnóstico e de tratamento de que a medicina actualmente pode dispôr. Mas a sua aplicação traduz-se frequentemente nalguns aspectos negativos no que se refere ao humanismo médico personalista porque pode reduzir ou ocultar a comunicação entre o médico e os doentes: – “*Ora se eu já lhe pedi análises, uma TAC e uma RMN, que quer mais agora que eu lhe faça?...*” – respondem alguns médicos aos seus doentes. “–... *Que me ouça...*”, respondem os doentes...! Porque a utilização da tecnologia não dispensa o humanismo. Antes o exige na presença, nas decisões e nas atitudes ...

A ameaça das doenças, das máquinas e do “seu veredicto” devem ser, na medida possível, prevenidas e dissipadas pelo diálogo. De modo nenhum se pode opôr a medicina tecnológica à medicina de rosto humano. As gerações mais novas são frequentemente fascinadas pelas tecnologias, pelas plataformas informatizadas que quase monopolizam o olhar dos médicos e dos enfermeiros, que fazem atenuar as imagens dos doentes, das suas características, das suas atitudes perante a doença, das suas expectativas e da sua história.

A complexidade dos protocolos diagnósticos e terapêuticos impõe a presença de inúmeros técnicos especializados e contraria uma visão holística das doenças e dos doentes. Esta organização implica tomadas de decisão colectivas com base em informações contidas num processo clínico

distante da pessoa do doente. Um dos aspectos positivos desta evolução é a qualidade da vigilância sobre a evolução e o tratamento das doenças graves. Os aspectos mais negativos resultam da despersonalização dos intervenientes: médicos, enfermeiros, técnicos e doentes. Sobretudo se ninguém assumir claramente a responsabilidade das decisões e se não existir um interlocutor que assegure explicações claras acerca da situação real de cada pessoa doente.

### **5. Factores que reduzem o tempo dos médicos destinado aos doentes**

A agenda diária do médico no hospital não tem nada de comum com que ocorria há uma dezena de anos. O tempo dos médicos dedicado aos cuidados a prestar aos doentes, ao ensino e à investigação é agora espartilhado pela obrigação de cumprir tarefas de ordem administrativa que os ocupam durante muitas horas da semana de trabalho. As leis que obrigaram à redução das horas de trabalho aplicadas aos médicos hospitalares também contribuíram para a redução da sua disponibilidade para os doentes.

### **6. Factores ligados ao processamento e à comunicação electrónica dos dados**

A generalização irreversível da aplicação dos computadores em medicina tem vantagens indiscutíveis. Devem sublinhar-se, porém, os danos resultantes da ocupação dos tempos dos médicos a responder aos *e-mails*, a ceder à obsessão do disco duro, a falar mais com a pantalha do que com os doentes. Por seu lado, os doentes vêm às consultas munidos de uma documentação e de um aconselhamento facultados pela *internet* de qualidade e de interpretação muito discutíveis.

## Bibliografia

[1] LOMBARD J. e VAN DE WALLE B. – Philosophie de l'hôpital. L'Harmattan, Paris, 2007.

[2] LOMBARD J. e VAN DE WALLE B. – Philosophie et Soins. Seli Arslan, ed., Paris 2009.

[3] AMBROISE-THOMAS P. – *Rapport à l'Académie nationale de médecine.*

[4] BERNARD J., e MICHEL F.B. – Médecine hier, Médecine d'aujourd'hui. PUF, 2006.

[5] MANTZ J.M. e WATTEL F. – Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. *Rapport à l'Académie nationale de médecine*, Juin, 2006.

[6] PELLERIN D. – Médecine du XXI siècle: consumérisme ou humanisme? *Bull. Acad. Sc. et Lettres de Montpellier*, 2000, T. 31.

[7] PELLERIN D. – À propos du Rapport Cordier: Éthique et professions de santé. Médecine et humanisme. *Bull. Acad. Natle Med.*, 2004, 188, n. 3, 539-545.

[8] PELLERIN D. – Pour un retour à l'humanisme: la nécessaire complémentarité des droits et des devoirs des soignés et des soignants. *Bull. Acad. Nat. Med.*, 2006, 190, no 9, 2033-2044.

[9] PELLERIN D. – La médecine du XXI siècle face aux normes et aux référentiels. Colloque Médico-Juridique de la CNEM, 1958. Experts édit.

[10] HUREAU J. – De l'Humanisme au consumérisme en médecine. Colloque MédicoJuridique de la CNEM, 1998. Experts édit.

[11] QUENEAU P. – L'enseignement de l'éthique au lit du malade. Sensibilisation aux enjeux de la décision thérapeutique. In Plus tôt que la vie. Plus tôt que la mort. John Libbey Edit, 2001 Academic Medicine, 2010, 318, 85 P.

[12] QUENEAU P. e MASCRET D. – Le malade n'est pas un numéro. Sauver la médecine, Ed. Odile Jacob, 2004.

[13] AZRIA E. (cité par Roger Henrion). – Sur les voies de la connaissance médicale: de la recherche clinique aux incertitudes de la pratique du



soin. Thèse de Médecine, Faculté de Médecine Paris-Sud, Université Paris XI.

[14] DREUX CL. e MATTEI J.F. – Santé, égalité, solidarité. Propositions pour une médecine plus humaine. À paraître, John Libbey.

[15] CAMBIER J. – La douleur dans la relation médecin-malade. Réunion commune, Académie des Sciences – Académie nationale de médecine. in Bull Ac. Nat. Med.

[16] MICHEL F.B. – L'Académie nationale de médecine en défense et illustration de l'humanisme médical. Bull. Acad. Nat. Méd., *Avril 2010*, 194, p. 833-845.

[17] LANGUE P. – Formation humaniste des étudiants en médecine. Rapport au groupe de travail de l'Académie nationale de médecine. Texte en annexe du rapport.

**NOTA:** a 2.<sup>a</sup> PARTE, intitulada *Propostas da Academia Nacional de Medicina, será publicada no número de Junho, da revista «Acção Médica».*





## TEMAS ACTUAIS

- **EUTANÁSIA:**
  - EUTANÁSIA NA BÉLGICA
  - A EUTANÁSIA «LENTA»
- **DROGA**
  - O ERRO DA LEGALIZAÇÃO



## A EUTANÁSIA E O SUICÍDIO ASSISTIDO<sup>1</sup>

### *A eutanásia e o suicídio assistido na Bélgica<sup>2</sup>*

*Centro de Bioética de Anscomb*

Após a apresentação de uma Proposta de Lei ao Parlamento Escocês e em Westminster sobre a “*morte assistida*”, o Centro de Bioética de Anscomb promoveu uma conferência internacional sobre a experiência da eutanásia e do suicídio assistido na Bélgica. A conferência foi patrocinada pelo Centro de Bioética e de Tecnologias Emergentes, Twickenham, o Conselho Escocês de Bioética Humana, Edimburgo, e o Centro de Ética Biomédica e Lei da Universidade Católica de Lovaina. Ocorreu no dia 1 de Novembro de 2014 na Universidade de Santa Maria, Twickenham, na sala histórica de Waldegrave Drawing Room.

Em 2002, a Bélgica legalizou a eutanásia sob três condições que abreviadamente se referem: o doente ter a capacidade de fazer o pedido de eutanásia na altura em que o expressa; o pedido de eutanásia ser voluntário e persistente; e o doente estar “*numa situação em que todas as medidas terapêuticas são fúteis e num sofrimento físico e mental que não pode ser aliviado, ambos resultantes de uma doença ou de um acidente com consequências graves e incuráveis.*”<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> **Relatório** de um reunião promovida pelo Centro de Bioética de Anscomb (Reino Unido) e patrocinado pelo Conselho Escocês de Bioética Humana, o Centro de Bioética e de Tecnologias Emergentes, a Universidade de Santa Maria de Twickenham (Londres) e a Universidade Católica de Lovaina (1 de Novembro de 2014). Traduzido de *Acta Medica Catholica*, Vol 83, Nº 4 (2014).

<sup>2</sup> Este relatório foi elaborado a partir das gravações, dos apontamentos, dos resumos e das notas colhidas durante a conferência e não devem ser aceites como textos escritos pelos seus autores. Algumas referências foram acrescentadas posteriormente ao debate e recolhidas em entrevistas com três dos intervenientes: Dr. Beuselincx, Prof. Van Gool e Prof. Cohen-Almagor.

<sup>3</sup> A lei da eutanásia na Bélgica foi publicada em 28 de Maio de 2002. Uma tradução em inglês dessa lei pode ler-se em *Ethical Perspectives* 9(2002)2-3:182-188  
<http://www.ethical-perspectives.be/viewpic.php?TABLE=EP&ID=59>

Originalmente a lei colocava um limite de idade para a prática da eutanásia; porém, em 2014 a lei foi alterada com o objectivo de incluir crianças de qualquer idade e em outras situações de doença, como, por exemplo, crianças estando apenas sujeitas a grande sofrimento físico.<sup>4</sup>

Na introdução à conferência o Prof. David Albert Jones afirmou que a conferência tinha sido promovida com a finalidade de dar a conhecer a experiência belga sobre a aplicação dessa lei e o impacto que teve nos vários domínios da prestação dos cuidados médicos e em toda a sociedade. O objectivo era o de “*debater as várias incidências do problema para se começar a haver uma visão global da situação*”. O Professor Jones citou Wittgenstein dizendo que a certeza raramente aparece apoiada num único argumento e que geralmente “*a luz cai gradualmente sobre a globalidade das coisas*”.<sup>5</sup>

Na primeira intervenção, o Dr. Benoit Beuselinck referiu-se à implementação da lei belga na prática partindo da sua perspectiva de médico oncologista. No ano de 2013, em 73 % dos casos de eutanásia na Bélgica, a doença subjacente era o cancro. Assim, os médicos oncologistas foram provavelmente os médicos mais expostos aos pedidos de eutanásia. Mencionando o texto da lei, o Dr. Beuselinck sublinhou que o sofrimento requerido na lei para que o pedido de eutanásia possa ser aceite pode ter características físicas ou mentais. Ora, não podendo o sofrimento mental e o existencial ser avaliado com objectividade, abriram-se assim as portas a uma interpretação vaga e mal caracterizada e ao abuso da aplicação da lei.

Entre os anos de 2002 a 2013, na Bélgica as mortes por eutanásia aumentaram de 0,4 % para 1,7 %. Entre 2007 e 2013 a proporção desta

---

<sup>4</sup> A aprovação da lei causou uma preocupação internacional; veja-se, por exemplo a declaração na Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa “*Legalização da eutanásia para crianças na Bélgica*”. Declaração escrita nº 567. Doc. 13414; 30 de Janeiro de 2014. <http://assembly.coe.int/nw/xml/Xref/XML.-en.asp?fileid=20487&lang=en> e, também, A. M. Siegel, D. A. Sisti, A. L. Caplan. Pediatric Euthanasia in Belgium: Disturbing Developments. *Journal of the American Medical Association*, publicado online em 17 de Abril de 2014.

<sup>5</sup> Quando começamos a acreditar em alguma coisa não acreditamos apenas numa única proposição: acreditamos num sistema global de proposições. (A luz cai gradualmente sobre a globalidade das coisas)”. L. Wigenstein. *On Certainty*. Edited by G.E.M. Anscombe and G.H. von Wright (New York: J. and J. Harper, 1969), parágrafo 161.

prática em doentes com situações não terminais aumentou de 7% para 15% de todos os casos de eutanásia. O Dr. Beuselinck sublinhou algumas circunstâncias individuais em que houve uma interpretação alargada da lei. Houve doentes que pediram a eutanásia na altura do primeiro diagnóstico do cancro mesmo antes de conhecerem as suas possibilidades terapêuticas. Noutras situações em que havia um diagnóstico da doença sem sintomas subjectivos e objectivos que pudessem indiciar uma intervenção terapêutica houve pedidos de eutanásia, parecendo que o sofrimento existencial constituía a principal motivação para o pedido.

A possibilidade legal da eutanásia constitui actualmente uma pressão adicional sobre os médicos. Os que a aceitam são solicitados abusivamente nesse sentido. O Dr. Beuselinck citou o caso de um director de um centro de cuidados paliativos que era conhecido como aceitando facilmente os pedidos. O centro transformou-se num centro de referência para a eutanásia tendo modificado todo o seu padrão de atitude, de tal modo que foi abandonado pela maior parte do pessoal de cuidados de saúde que nele trabalhava.

Os médicos que não acedem ou não aceitam facilmente a prática da eutanásia ocupam grande parte do seu tempo a falar com os doentes no sentido do aconselhamento e nas propostas no sentido da utilização de cuidados em oposição à eutanásia, o que constitui uma pressão adicional sobre o seu trabalho. O Dr. Beuselinck referiu-se também à existência de movimentos na sociedade propondo a restrição dos direitos à objecção de consciência quer por parte dos médicos e dos enfermeiros cuidadores dos doentes quer por parte das instituições prestadoras dos cuidados de saúde.

A legalização da eutanásia tem também implicações nos tratamentos paliativos. Os doentes que pretendem a eutanásia podem ser dirigidos para a admissão num centro de cuidados paliativos no qual são aceites os pedidos de eutanásia. Esta atitude conduziu a que alguns doentes fiquem confundidos com a natureza e os objectivos dos cuidados paliativos. O Dr. Beuselinck citou o caso de um doente que recusou o internamento num centro de cuidados paliativos, porque, sendo católico, se opunha à prática da eutanásia.

Alguns doentes manifestam medo de ir ao médico ou a um hospital. Alguns têm consigo cartas nas quais declaram que não querem ser submetidos à eutanásia. Muitos doentes admitem que os médicos acedem facil-

mente aos pedidos de eutanásia e não encaminham os doentes no sentido correcto do tratamento das suas doenças. Admite-se facilmente que a autonomia do doente constitui o valor fundamental a manter em todas as circunstâncias, sobrepondo-se aos valores da família, dos médicos e da sociedade em geral. A incidência da eutanásia é maior nos doentes que vivem só ou isolados.

Como resposta a todos estes desafios, o Dr. Beuselinck fez quatro sugestões: implementar as propostas correctas e adequadamente praticadas dos cuidados paliativos; evitar a obstinação terapêutica; utilizar a sedação paliativa quando for necessária; e proteger com os instrumentos da lei as pessoas que promovem e praticam os cuidados paliativos.

### **A eutanásia em crianças**

O Prof. Stefan Van Gool, falando como um neuro-oncologista pediátrico, referiu-se sobretudo à extensão recente da legalização da eutanásia na Bélgica às crianças de qualquer idade. Ele pôs em questão a necessidade desta medida, sobretudo pela existência actual de cuidados paliativos eficazes, demonstrada pelos resultados de inquéritos recentes levados a efeito em dezassete países. As respostas sugerem que, com exclusão dos Países Baixos, existe uma percepção muito reduzida da necessidade da legalização da eutanásia nas crianças quer nos profissionais de saúde quer no público em geral.

O Prof. Stefan Van Gool sublinhou que existem muitos factores que podem influenciar a atitude das crianças perante a eutanásia, incluindo a sua idade, a natureza da doença, as atitudes das famílias e as dos profissionais dos cuidados de saúde. Afirmou ainda a sua preocupação com a escassez de medidas eficazes na preparação especializada do pessoal da saúde para tratar estes doentes e os desafios para evitar as influências externas na criança sobre a sua verdadeira autonomia. Acentuou que estas questões não foram adequadamente equacionadas na preparação da lei da eutanásia na Bélgica e que a sua extensão às crianças doentes foi apressada e injustificada. *“A liberdade induz na sociedade a sua utilização sem os critérios que a definem e a limitam...”*



A discussão dos temas destas duas primeiras intervenções foi presidida pelo Prof. Chris Gustmans. Um membro da audiência perguntou se a lei actual na Bélgica não exige, por parte dos médicos quando solicitados nesse sentido, a indicação de um médico que aceite praticar a eutanásia. O Dr. Beuselinck afirmou que a lei não tem essa exigência. Num dos debates no Parlamento Belga houve uma controvérsia sobre essa matéria e, devido a outras circunstâncias que entretanto ocorreram, a lei não foi modificada. O Dr. Beuselinck assumiu ser correcto que a lei não imponha essa indicação. O Prof. Van Gool afirmou que, com esta lei em vigor, a recusa em indicar, por motivos de consciência, um colega que pratique a eutanásia numa certa situação pode ser muito difícil porque compromete uma relação antiga entre o médico e o doente.

### **A transplantação de órgãos**

O Dr. Trevor Stammers iniciou a sua intervenção declarando que considerava a doação dos órgãos *post mortem* como “*o último acto de bondade*”.<sup>6</sup> Sublinhou, todavia, que a doação deveria ser dada com completa liberdade e não como uma obrigação ou como uma imposição legal. Nesta última circunstância, tornar-se-ia apenas num “último acto de coerção”. Sublinhou os conflitos que podem existir entre as necessidades terapêuticas do doente dador na fase terminal da sua vida e as condições de uma boa colheita de órgãos, embora tivesse admitido que essas dificuldades são geralmente conciliáveis nas situações práticas.<sup>7</sup>

A falta de órgãos para transplantação na Bélgica levou a que fosse aceite a colheita de órgãos após a eutanásia. Estes casos, apesar de raros, constituem uma nova origem de órgãos para os recipientes. Eles constituem já uma proporção muito significativa na Bélgica dos “*dadores após paragem cardíaca*”.

---

<sup>6</sup> Quoting R, Cohen-Almagor. First do not arm: pressing concerns regarding euthanasia in Belgian” *International Journal of Law and Psychiatry* 36(2013):515-521, pg. 517.

<sup>7</sup> Para mais detalhes sobre a ética da doação de órgãos ver Anscombe Centre Report “On the Ethics of Organs Transplantation: a Catholics Perspective”, disponível on line <http://bioethics.org.uk/Ontheethicsoforgantransplantationfinal.pdf>

A possibilidade da doação de órgãos após a eutanásia levanta preocupações éticas no que se refere à motivação do dador potencial. Poderá a doação de órgãos influenciar em qualquer sentido a decisão de eutanásia, quer no espírito do potencial dador quer nos que o envolvem?

O Dr. Stammers examinou os argumentos utilitaristas que foram propostos num artigo recente sobre bioética dos transplantes publicado por Wilkinson e Savulescu.<sup>8</sup> Neste artigo estes autores consideraram os princípios éticos fundamentais que se aplicam na transplantação de órgãos e consideraram igualmente a escassez actual de órgãos para transplante. Estabeleceram um paralelo entre as mortes por eutanásia e as mortes por aplicação da pena de morte, casos em que nalguns países são utilizados órgãos para transplante. Os argumentos pró e contra esta atitude utilitarista foram brevemente apresentados.

O Prof. Chris Gustmans iniciou a sua intervenção referindo-se às responsabilidades acrescidas pelas sociedades contemporâneas resultantes do aumento da incidência das demências no contexto do envelhecimento geral da população e na necessidade de reforçar a dignidade das pessoas idosas nas sociedades contemporâneas. Sublinhou a preocupação que existe no espírito de muitos velhos sobre a perda da sua dignidade pessoal por se sentirem dependentes e um encargo financeiro para as gerações mais novas. O reforço da autonomia possível em cada caso deve constituir um objectivo das sociedades.

O pedido legal de eutanásia já está contemplado nas directivas antecipadas da vontade na Holanda, desde que sejam expressas antes dos doentes se tornarem incompetentes. Na Bélgica têm sido feitas tentativas no sentido de estender a eutanásia às pessoas com demência e a sua inclusão nas directivas antecipadas da vontade estão actualmente em debate. O Prof. Gustmans apresentou duas alternativas sobre este tema. A atitude principialista confere o predomínio da vontade do próprio expressa no passado sobre a vontade expressa no presente. A atitude da ética dos cuidados é a de aceitar a vontade dos doentes no tempo presente.

---

<sup>8</sup> D. Wilkinson, J. Savulescu. "Should we allow organ donation euthanasia? Alternatives for maximizing the number and the quality of organs for transplantation." *Bioethics* 26 (2012):32-48.

O Prof. Gustmans sustentou que a ética principialista falha no sentido de não reconhecer a dignidade humana que é permanente e inerente. A dignidade existe em todas as situações da humanidade. A atitude principialista sobrevaloriza a autonomia em desfavor do diálogo e do mútuo entendimento entre os cuidadores e os doentes. Não dá o direito àqueles que se decidiram pela eutanásia de alterarem a sua decisão (que é um direito que na generalidade é conferido às pessoas nessas circunstâncias), ainda que possam ter perturbada a sua capacidade de entendimento e de decisão. O orador terminou a sua comunicação afirmando que é o conhecimento e a experiência da vulnerabilidade humana e não o cumprimento passivo dos princípios que deve determinar as atitudes nos cuidados das pessoas com demência.

A discussão do segundo painel, presidido pela Professora Baroness Sheila Hollins, incidiu sobre os assuntos judiciais relativos à morte assistida, as directivas antecipadas da vontade no contexto de demência, o tema do voluntariado no que se refere à colheita de órgãos *post-mortem* nos casos de eutanásia e o papel da espiritualidade e da teologia neste debate.

### **A sedação contínua**

O Prof. Sigrid Stercks apresentou, em colaboração com outros autores entre os quais o Dr. Kasper Raus (também presente), um estudo comparativo entre as práticas da sedação contínua no Reino Unido e na Bélgica. A sedação contínua reduz ou remove a consciência até à morte.<sup>9</sup> É usado frequentemente no Reino Unido (16,5 %) e na Bélgica (14,5 %). Se bem que esta prática possa ser encarada com menos reservas éticas do que a eutanásia persistem ainda muitas reticências. Neste estudo foram efectuadas entrevistas estruturadas a médicos e a familiares de doentes em ambos os países sobre casos específicos de sedação até ao final da vida. O Prof. Stercks verificou a existência de três grandes diferenças entre as práticas no Reino Unido e na Bélgica.

---

<sup>9</sup> S. Stercks, K. Raus. E. e F. Mortier. *Continuous sedation at the end of life: Ethical, Clinical and Legal Perspectives* (Cambridge: Cambridge University Press, 2013).

A primeira diferença refere-se à apresentação da proposta à sua percepção. Na Bélgica, os termos “sedação contínua” e “sedação paliativa” são utilizados indiferentemente por médicos, doentes e familiares. O processo tem sempre um início explícito e bem identificado, algumas vezes acompanhado da oportunidade dos familiares e das pessoas mais próximas para um último adeus.

Em contraste, no Reino Unido, evita-se a designação “sedação paliativa” e, muitas vezes, mesmo o termo “sedação”, preferindo-se “controlo dos sintomas” ou “diminuição do sofrimento”. Existe a percepção da continuidade de um tratamento anterior sem que se defina um momento exacto para o seu início.

Num segundo aspecto diferencial é o de que, se bem que se aplique o princípio da proporcionalidade (utilizando-se apenas a dose necessária para aliviar os sintomas), de acordo com as regras de orientação terapêutica dos dois países, na Bélgica alguns médicos aplicam uma sedação muito mais profunda desde o início do procedimento. Os médicos do Reino Unido descrevem a técnica utilizada seguindo doses progressivas e de acordo com a evolução do processo, aplicando doses mais elevadas apenas quando é necessário e com os cuidados para evitar a morte antecipada. Por essa razão, alguns destes doentes tiveram um controlo insuficiente dos sintomas e, por isso, algum sofrimento.

Finalmente, os médicos do Reino Unido negaram que o objectivo primário ou secundário do tratamento fosse o de encurtar a vida e demonstraram o receio de que o procedimento fosse tomado como tal. Alguns mesmo, negavam querer sedar os doentes quando davam os sedativos. Em contraste, muitos médicos belgas, embora negando ter como objectivo o do termo da vida, esse não constituía uma consequência a evitar.

Concluindo, Stercks estabeleceu o contraste entre as atitudes nos dois países. Enquanto no Reino Unido o procedimento da sedação contínua se destina aparentemente a evitar qualquer sugestão de ter como finalidade ou a intenção o de apressar a morte, na Bélgica pode, por vezes, assemelhar-se à eutanásia.

## A ultrapassagem da lei

O Prof. Raphael Cohen-Almagor iniciou a sua intervenção referindo-se à lei da eutanásia actual na Bélgica e ao seu contexto histórico, sublinhando que se praticava antes de ter sido legalizada. No entanto, a sua prática acentuou-se muito após 2002. Interrogou-se, em seguida, sobre os termos em que a lei actual encara as pessoas que são “retiradas da vida”. Será que as pessoa que não encontram significado na sua vida “sofrem terrivelmente”? Os que estão bem da sua saúde física estão incluídos neste grupo?

O orador sublinhou que os critérios actualmente expressos na lei quase se poderiam cumprir sem ser num contexto de uma doença muito grave e necessariamente mortal. Em seguida, referiu-se a três casos que constituíram casos paradigmáticos de desafio à lei. No seu comentário referiu-se ao Dr. Wim Distelmans, que, sendo um defensor conhecido da prática da eutanásia e médico que pratica a eutanásia, integra também a Comissão Federal da Eutanásia na Bélgica. No nosso país esta instituição controla e monitoriza essa prática e assegura a legalidade dos procedimentos.

O primeiro caso refere-se a uma senhora de 93 anos de idade que pediu a eutanásia com o fundamento de que estava cansada da vida. Depois do seu pedido ter sido recusado inicialmente visto que o seu caso não preenchia os critérios requeridos na lei, ela foi submetida à eutanásia depois de 10 dias de greve da fome. O Dr. Distelmans apoiou a sua decisão, argumentando que os velhos podem ter sofrimentos insuportáveis por um conjunto de doenças inespecíficas de que são portadores crónicos. Assim, pode subentender-se a prática eutanásia por alegada má qualidade de vida.

O caso seguinte refere-se ao de um doente que foi submetido a uma operação mal sucedida de mudança de sexo. Esta situação foi aceite com base num insuportável sofrimento psicológico.<sup>10</sup>

O terceiro caso refere-se a gémeos que nasceram surdos e quase cegos que foram submetidos a eutanásia com fundamento de sofrimento psicológico intolerável.

---

<sup>10</sup> A história foi largamente divulgada na imprensa. Veja-se, por exemplo, em B. Waterfield. “*Belgian killed by eutanásia after botched sex change operation*”. Telegraph, 1 Oct 2013. <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/europe/belgium/10346616/Belgian-killed-by-euthanasia-after-a-botched-sex-changed-operation.html>.

O Prof. Cohen-Almagor publicou um artigo no qual foram postos em questão os mecanismos de vigilância do cumprimento da lei da eutanásia na Bélgica, nele exprimindo a dúvida acerca de um claro conflito de interesses do Dr. Distelmans.<sup>11</sup> Nesse texto propôs algumas sugestões que incluíam um sistema confiável de monitorização e controlo da prática da eutanásia na Bélgica. Os casos mencionados são indicações claras da prática de abuso relativamente aos critérios definidos na lei. A aceitação para eutanásia de casos das pessoas que estão “cansadas da vida” é particularmente perigosa e abre as portas a inúmeros abusos quaisquer que sejam as situações de saúde e de doença.

### **A “normalização” da prática da eutanásia**

Concluindo, o Prof. Cohen-Almagor afirmou que a prática da eutanásia é largamente aceite na Bélgica e quase se tornou numa parte das obrigações da profissão médica. A oposição a esta prática no nosso país é difícil. No entanto, o Estado tem a obrigação de defender os mais vulneráveis. Não obstante a lei ser ainda relativamente recente, já decorreu o tempo suficiente para se aprender com os erros e modificar a situação presente. Se se deixar tudo como está, a tendência futura será a de se generalizar a prática da eutanásia e alargar o âmbito da sua utilização.

Finalmente, o Prof. Calem MacKeller fez considerações sobre a “normalização” da eutanásia, sobre o seu significado em toda a sociedade e sobre os sinais de que esse fenómeno já ocorreu na sociedade belga. Definiu como normalidade aquilo que é praticado usualmente, o que é comum e regular. Sublinhou também que o que é normal pode variar de lugar para lugar e também ao longo do tempo no mesmo lugar. Sublinhou que as sociedades podem aceitar com normalidade algumas ocorrências sob in-

---

<sup>11</sup> Deve dizer-se que já em 2009 o Professor Cohen-Almagor contestou os mecanismos de regulação da eutanásia na Bélgica argumentando que “não existem mecanismos de controlo eficazes para termos a certeza de que não existem abusos na utilização da lei. R. Cohen-Almagor. *“Euthanasia policy and practice in Belgium: critical observations and suggestion for improvement”*. Issues in Law and Medicine. 2009 Spring;24(3):187-218. <http://www.hull.ac.uk/rca.docs/articles/euthanasia-belgium.pdf>

fluência de certas circunstâncias. Por exemplo, a aceitação parlamentar de um projecto de lei pode sugerir a normalidade.

O Prof. MacKeller terminou a sua intervenção observando o horizonte no seu país. Ele verificou a existência de movimentos no sentido da extensão das condições da prática da eutanásia. Notou também sinais de que a eutanásia poder ser encarada como um direito humano, quer para os próprios que a solicitem quer para os outros membros da sua sociedade. E notou ainda que há o risco de consequências que não foram previstas no início do processo da legalização. Algumas consequências podem tornar-se inevitáveis pelo impacto social da normalização. Concluiu que esta normalização já ocorreu na sociedade da Bélgica<sup>12</sup> e que o retrocesso da norma da lei lhe parece muito difícil.

Esta conclusão, reforçou a afirmação do Prof. Jones no início da reunião. A alteração social que resulta da legalização da eutanásia e do suicídio assistido, uma vez que ocorra, pode ser irreversível. Assim, é necessário que os políticos e a comunicação social “*olhem antes de dar o salto*”. E existem muito poucas jurisdições no mundo para as quais se possa olhar. Uma delas é a da Bélgica. Nós gostaríamos que todos aprendessem as lições que ela faculta.

---

<sup>12</sup> Para melhor documentação ver European Institute of Bioethics: Euthanasia in Belgium: Ten Years On. <http://www.ieb-rib.org/en/pdf/20121208-dossier-euthanasia-in-belgium-10-years.pdf>

Veja-se também: Graeme Hamilton “*Suicide with the approval of society: Belgian activist warns of slippery slope as euthanasia becomes “normal”*”. National Post 24 November 2013. <http://news.nationalpost.com/2013/11/24/suicide-with-approval-of-society-belgian-activist-warns-of-slippery-slope-as-euthanasia-becomes-normal>





## A EUTANÁSIA LENTA

*Bruno Couillaud*<sup>\*</sup>

Uma proposta de lei em França sobre a “*Sedação profunda com objectivo terminal*” (proposta “Claeys-Leonetti), foi aprovada há poucos dias com pequenas alterações (13 de Março), depois de recusada por 89 votos contra 70 uma proposta de emenda que autorizava uma «*assistência medicalizada activa para morrer*». A proposta de lei aprovada foi descrita como um «*tratamento com objectivos sedativos e antálgicos* (quer dizer: para pôr a dormir e aliviar as dores) *provocando uma alteração profunda e contínua da consciência até à morte, e que é associado à suspensão do conjunto de tratamentos de manutenção da vida*».

À primeira vista pode parecer que este documento legal, na sua formulação, não defende a prática da eutanásia, que se define como uma acção ou omissão com o objectivo de provocar a morte, suprimindo assim o sofrimento. Na realidade, podemos dizer que a proposta aprovada esconde uma verdadeira “astúcia verbal”, ao aceitar uma *sedação profunda e contínua até à morte*, e ao considerar obrigatório o cumprimento do que foi escrito pelo doente como “directivas antecipadas” numa espécie de testamento vital.

Este novo documento legal aprovado em França tem de ser analisado nas suas formulações directas e claras assim como nas que escondem ambiguidade de intenções.

### **A sedação temporária**

A sedação já existe, é prática corrente, está autorizada e não levanta objecções, tal como é praticada – *sedação em fase terminal*. É temporária,

---

<sup>1\*</sup> Filósofo francês, professor no *Institut de Philosophie Comparée*. É autor, entre outros do livro *Manières de penser – Arguments et tromperies en bioéthique* (Junho 2013). O texto foi traduzido, reformulado e completado por «A. M».

e procura atenuar o sofrimento de qualquer natureza, sejam as dores físicas ou seja o sofrimento psicológico ou moral. Pretende simplesmente oferecer ao doente momentos de repouso no seu último combate. Estas sedações não são irreversíveis, podendo ser repetidas sempre que necessário. Pode acontecer que o doente se extinga no decurso de uma sedação, sem que houvesse intenção de provocar a morte. Este tipo de sedação, temporário e reversível, que alguns doentes podem mesmo recusar preferindo a sua plena consciência, justifica-se por razões variadas – melhoras imprevistas, alteração da opinião do doente, melhoria de reacções aos cuidados de assistência, ou outras que possam ser consideradas.

Convém reter que estamos a falar da doença na sua fase denominada “terminal”, tanto quanto nos é permitido julgar como terminal o que pode não ser. A sedação é apenas uma de várias medidas que são tomadas nos chamados cuidados paliativos. Nem constituem casos raros os doentes que, misteriosamente, recuperam as suas capacidades por períodos de tempo mais ou menos longos, saindo desta fase que parecia terminal.

### **A sedação com «intenção terminal»**

A intenção é diferente quando, por sedação terminal, tal como referida nos fundamentos da proposta, se entende sedação com “intenção terminal”. Na verdade esta designação aparece no texto e não é difícil descobrir que, afinal, se pretende uma sedação profunda e contínua até à morte. Se as palavras ainda têm algum sentido, isto significa que o médico decide quando e qual vai ser o momento final daquele doente; ou significa também que o doente pode exigir o fim como um “direito”. E o fim sobrevém, não por causa da sedação mas porque ela é associada à suspensão da hidratação e da nutrição.

Na perspectiva da ciência e da arte médica, o «fim» que prevemos de modo simplista, só é verificável *a posteriori*. Por isso é errado afirmar, *a priori*, que aquele será mesmo o último sono do doente; a não ser que esse sono artificial, supostamente com objectivos «sedativos e antálgicos», seja manipulado como definitivo, irreversível e irremediável.

### **Uma astúcia verbal**

Sem qualquer dúvida, o que esta lei quer que fique autorizada é uma espécie de eutanásia lenta: mergulhar o doente num sono profundo que tem a morte como única saída é, sem dúvida, uma atitude “eutanáica”. Menos violenta no plano moral do que a eutanásia directa, mas verdadeira eutanásia, pois se trata de apressar o fim da vida, segundo um plano pre-determinado.

É fundamental chamar a atenção para uma afirmação contida no artigo 2 e integrada como articulado legal, que mostra bem a ambiguidade da lei e as intenções, escondidas, da maioria política sua autora e proponente: «*a nutrição e a hidratação artificiais constituem um tratamento*»... Não nos parece levantar qualquer dúvida sobre qual a intenção que foi escondida nesta transformação de cuidados básicos, elementares para todo o ser vivo, em “tratamento”. A hidratação e a alimentação, porque são cuidados elementares, podem ter que ser administrados utilizando técnicas artificiais – mas é o doente que transforma os alimentos e que se hidrata, embora com ajuda exterior. Os limites desta ajuda são os próprios limites do metabolismo, através das funções digestivas e de assimilação. Diminuem progressivamente, mas é o doente que as comanda até ao fim. São cuidados devidos a todo e qualquer doente, mesmo na situação final. Se a água e os alimentos passam a meios de tratamento, reconhecidos como tais num articulado legal, então tudo é permitido.

A astúcia verbal do que designam como «sedação terminal» esconde uma atitude eutanásica. E não seria a primeira vez que ficariam autorizados actos contrários à prática médica e ao direito à vida. Deixar-se adormecer em matérias como esta só pode significar embotamento e perda da consciência moral.



## A DROGA NÃO SE VENCE COM A DROGA

*Pedro Vaz Patto*<sup>\*1</sup>

De tempos a tempos, reacende-se a polémica sobre a legalização da droga. Agora foram declarações da ministra da Justiça a favor da venda em farmácias das chamadas “drogas leves” a desencadear a discussão entre nós, que recentes alterações legislativas no Uruguai e em vários Estados norte-americanos também tornam atual.

Há quem invoque, para justificar essa legalização, um princípio de respeito pela autonomia individual (segundo a conhecida tese de Stuart Mill: «sobre si próprio e sobre o seu corpo, o indivíduo é soberano»). E há quem invoque razões pragmáticas: o fornecimento de droga pelo Estado, ou de forma controlada, evitaria a criminalidade associada à toxicod dependência, fazendo baixar os preços (e, desse modo, a prática de crimes para adquirir estupefacientes) e desviando deste âmbito a ação da criminalidade organizada e das redes de tráfico.

Há quem, a este respeito, distinga o tratamento legal das “drogas duras” e o das “drogas leves”. Mas os perigos associados ao consumo de derivados da *cannabis* estão longe de ser “leves”: perturbações dos aparelhos respiratório e cardio-circulatório, dos sistemas hormonal e metabólico, reduções da capacidade cognitiva, da memória, da concentração e da motivação, ansiedade, depressão, e até a psicose. Esse consumo pode criar dependência e pode induzir ao consumo de outras drogas, ditas “duras” (ver Claudio Rise, *Cannabis – Come perdere la testa e a volte la vita*, San Paolo).

Invocar a liberdade não colhe. Na verdade, talvez o mais nocivo dos efeitos do consumo de droga (mais até do que outros danos para a saúde)

---

<sup>\*1</sup> Juiz de Direito

seja, precisamente, a perda da liberdade. Não é autêntica uma liberdade que se auto-destrói (*La liberté détruite* – é o título de um livro do psicanalista francês Tony Anatrella, da editora Flammarion, sobre esta questão).

Depois, o consumo de droga produz uma evidente nocividade social. Nenhuma pessoa é uma ilha isolada. Não é só o consumidor que se prejudica com a droga, porque esse prejuízo tem reflexos sociais: na família, no trabalho, na ordem pública, na segurança rodoviária, etc. Porque o consumo de droga é um problema de saúde pública, e não apenas uma escolha privada, todos os Estados adotam políticas para prevenir esse consumo.

Invocar razões pragmáticas de eventual redução da criminalidade associada à toxicodependência para justificar a legalização da droga significa derrubar uma barreira ética à ação do Estado. Este não pode tornar-se cúmplice da auto-degradação pessoal em que se traduz a toxicodependência. Quando o Estado autoriza o fornecimento de droga, ou até para tal contribui ativamente, por muitos controlos que vigorem, é isso mesmo que faz: contribui para o consumo de droga (e daí que se fale em Estado *dealer*). Um princípio elementar de que parte qualquer política legislativa é o de que legalizar uma conduta torna mais fácil a sua prática, contribui para a incrementar. A eventual redução da criminalidade nunca poderá obter-se à custa do sacrifício da dignidade e da saúde de qualquer pessoa vítima da toxicodependência.

Para além disso, um Estado que de qualquer modo contribui para o incremento do consumo de droga veicula uma mensagem cultural que contradiz qualquer objetivo pedagógico de prevenção desse consumo, designadamente junto da juventude.

Por outro lado, nem sequer é certo dizer que a legalização da droga afasta do respetivo mercado a criminalidade organizada. Restarão margens de clandestinidade do mercado, fora do quadro da legalização (a dos consumidores menores de idade, a dos tipos ou quantidades de droga não abrangidos por um fornecimento legal que se pretende controlado). Cria-se um mercado paralelo clandestino, em concorrência com o legal, que essas redes criminosas aproveitarão. Por esse motivo, Franco Roberti, procurador italiano responsável pelo combate à Mafia, considera que esta organização ganharia com a legalização da droga, aproveitando um ainda mais

lucrativo mercado clandestino, como aproveita hoje os mercados clandestinos de venda de tabaco e do jogo de azar (*Avvenire*, 10/2/2014).

Mais inaceitáveis ainda são outros argumentos pragmáticos ligados ao aumento das receitas fiscais, ou do emprego- argumentos que muito se têm ouvido para justificar a recente legalização da droga em vários Estados norte-americanos. Nunca são benefícios os que se obtém à custa da toxicod dependência (se não queremos um Estado *dealer*).

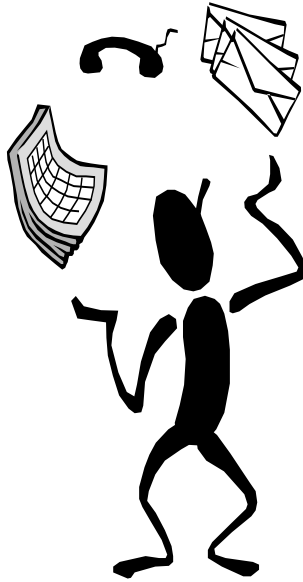
As experiências de livre consumo de drogas não são de hoje. E não são nada encorajadoras. A história regista a da sociedade islâmica medieval, minada pelo haxixe, ou a da China na segunda metade do século XIX, devastada pelo consumo de ópio («o maior exemplo de intoxicação coletiva da história»). A Suécia foi pioneira na legalização do consumo de droga (também pretensamente controlado) nos anos sessenta de século XX. As consequências nefastas desta experiência (aumento do consumo e também da criminalidade) levaram a uma inflexão da tendência da política dos sucessivos governos, que se mantém até hoje (ver Jean- Philippe Chenaux, *La drogue en liberte – un piège mortel*, F.X. de Guiber).

O Papa Francisco disse-o com clareza (a 20/6/2014): «A droga não se vence com a droga! A droga é um mal, e com o mal não nos podemos dar por vencidos nem ceder a compromissos.»

*Pedro Vaz Patto*







# NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS



## ÉBOLA – CONSEQUÊNCIAS DEVASTADORAS

São 2.529 as mortes relacionadas com a epidemia de Ebola na Serra Leoa entre casos suspeitos, prováveis e confirmados. 1.326 casos confirmados foram curados e muitas pessoas conseguiram sobreviver, mas o impacto do vírus terá uma longa vida no país cuja população total tem apenas 6 milhões de pessoas.

Um relatório com esses dados foi enviado à Agência Fides por *Camillian Task Force*, há muito tempo comprometida nas regiões mais afectadas da Serra Leoa. A mesma fonte também revela as consequências negativas que o Ebola trouxe em muitas áreas, incluindo as práticas religiosas.

Na Igreja, por exemplo, estão autorizadas a sentar-se só três pessoas por banco e, em vez de água benta, devem lavar as mãos com cloro. Depois das celebrações religiosas, nas Igrejas, controla-se a temperatura com os infravermelhos. Não há o sinal da paz para evitar apertar as mãos dos outros. Não se celebram nem batismos, unções dos enfermos, matrimónios, e neste ano não haverá a vigília de Natal e na maior parte das paróquias celebrou-se só uma missa.

Muitas crianças órfãs, juntamente com muitos sobreviventes, pagam as consequências do vírus; apesar de serem imunes e, por isso, não puderem transmiti-lo, são discriminadas pela sociedade.

O mesmo destino têm tido também todos aqueles que enterram os mortos de Ebola, porque tiveram contacto directo com os portadores. Aumentaram, igualmente, as gestações precoces, talvez por causa das vidas estagnadas e do encerramento de escolas e universidades.

Estas são algumas das consequências visíveis num povo abandonado à desgraça, onde qualquer pequena endemia se pode transformar em gra-

víssima epidemia, ou mesmo pandemia. Como foi possível um desastre sanitário com esta dimensão num mundo onde é hoje possível a mobilização precoce de recursos de saúde quase ilimitados?

A revista «Time», explicou num extenso artigo quais os erros que não deviam ter sido cometidos:

1 – **Uma resposta demasiado lenta** a uma situação sanitária que vários especialistas consideraram muito grave desde o seu início. Robert Garry, um virologista norte-americano bem conhecido, esteve lá no início. A sua voz juntou-se a outras que angustiadamente tentaram acordar os políticos responsáveis. Não foram ouvidos. Morreram os primeiros médicos e enfermeiros, mas foram necessários cinco meses e mil mortos para que o mundo político começasse a acordar. A Serra Leoa não interessava.

2 – **A ausência cultural de uma sensibilidade sanitária.** Várias equipas enviadas, já tardiamente, depararam com a ausência completa de cuidados elementares de higiene e de profilaxia. Patrícia Omidian, médica antropologista enviada por Obama para a Libéria e Serra Leoa, foi muito clara ao afirmar: «Penso que o erro principal foi não terem incluído as comunidades nos programas primários de saúde. Quiseram impor programas sem despertarem primeiro uma colaboração activa. Não houve compromisso colectivo nem confiança».

3 – **Não foram enviadas equipas clinicamente e socialmente preparadas,** que fosse possível desdobrar em acções eficazes de profilaxia. As equipas enviadas não tinham qualquer preparação clínica e sociológica sobre as realidades locais. Jack Chow, professor de saúde global na Carnegie Mellon University, fala na incapacidade de equipas preparadas para sociedades de regiões altamente industrializadas compreenderem e se adaptarem a sociedades que vivem quase na situação de pobreza extrema. É tempo, diz Chow, de preparar técnicos de saúde para as novas epidemias (a que chama «flashdemics»), que se caracterizam pela alta velocidade de propagação e pela alta letalidade.

4 – **A ausência de protocolos de tratamento e de aprovação de drogas,** apesar da existência endémica de ébola na região. O desinteresse no estudo e preparação de terapêuticas mais eficazes foi bem desastroso nas suas consequências. A única droga eficaz conhecida (ZMapp) era obtida

em pequeníssimas quantidades nas plantações de tabaco, e preparada por um pequeno laboratório em quantidades reduzidas. Só o aparecimento de doentes em territórios desenvolvidos pressionou as autoridades e a indústria. Se se tratasse só da Serra Leoa a investigação não interessava...

5 – **Tratar o Ébola era um problema da África Ocidental**; logo, não interessava ao mundo desenvolvido. Esta atitude, para além do grave problema moral que levanta, pelo que revela de feroz egoísmo e abandono dos mais pobres, gera uma profunda confusão para a qual chamou a atenção o ministro da Economia e Finanças da Nigéria, Ngozi Okonjo-Iweala – misturar no mesmo saco todos os povos e países da África Ocidental é tremendamente injusto. A Nigéria teve 19 casos de Ébola, dos quais sete morreram, e tanto o Ghana como o Burkina Faso não referiram qualquer morte por ébola. O desinteresse e o abandono a que são votados os povos de pouco interesse económico é escandaloso, assim como a ignorância revelada por muitos responsáveis políticos das sociedades desenvolvidas. Foram necessários alguns milhares de mortos para que o ébola deixasse de ser um problema da Serra Leoa... ou de qualquer outro povo de menores recursos.

## CÓDIGO DE DIREITO FAMILIAR\*

Do continente americano chegam sinais de atenção e respeito em relação à família. Na Nicarágua o Parlamento decidiu criar um código ad hoc de direito familiar que consta de 647 itens que fazem da instituição familiar um bem protegido pelo Estado. Trata-se do primeiro código no mundo exclusivamente dedicado à família.

O segundo artigo do código afirma que “é preciso protecção, desenvolvimento e fortalecimento da família por parte do Estado, da sociedade e dos membros que a compõem através dos laços de amor, solidariedade, apoio mútuo e respeito entre os seus membros, para alcançar uma melhor qualidade de vida”. O artigo 37 estabelece que “a família é a unidade fundamental da sociedade”.

---

\* Enviado por Zenit.org em 9 de Janeiro de 2015.

O novo código também escapa a toda e qualquer interpretação ambígua do conceito de família, porque define o casamento como “uma união voluntária entre um homem e uma mulher, constituída com o consenso livre e recíproco das partes, com atitude legal, para fazer e compartilhar uma vida juntos e constituir uma família”.

A Nicarágua, graças a este Código, terá que criar um Departamento da Família, Comunidade e Vida para a reflexão e o trabalho a favor destes conceitos essenciais. Algo semelhante é o que deseja o arcebispo de Lima (Perú), cardeal Juan Luis Cipriani Thorne, para o seu país, o Perú. “O esquema social actual – explicou o cardeal, como relata *L’Osservatore Romano* – prevê que o marido volta à casa cansadíssimo a noite e saia de manhã bem cedo. E a mulher também. Temos que promover o encontro na família. Temos que garantir que a família em 2015 dê um passo adiante”.

O cardeal Thorne salienta a necessidade de aliviar as famílias dos impostos e apoiar a natalidade com incentivos. “Toda a vez que há um ataque à família, esta instância do Estado poderá dizer que a família está a ser maltratada e estão a limitar os seus direitos e deveres”, reflecte o prelado. Por fim recordou que “o individualismo doentio vai contra a felicidade, a paz e a prosperidade que todos nós buscamos. Não há bem-estar possível numa ilha. Este individualismo – concluiu – criou uma série de danos na política, na economia, no governo e entre o povo”.

## **FAMÍLIA E IDENTIDADE FEMININA: UM ENCONTRO SURPREENDENTE**

*Onze mulheres em volta de uma mesa* é o título de uma notícia, no mínimo surpreendente, publicada em *L’Osservatore Romano* (19 de Fevereiro, 2015), assinada por Giulia Galeotti. Pelo seu interesse, transcrevemo-la a seguir tal como foi publicada.

Pela primeira vez na história das relações bilaterais, a 12 de Fevereiro, uma vice-presidente iraniana, Shahindokht Molaverdi, guiou uma delegação ao Vaticano composta só de mulheres para debater com o Papa Francisco e com os Dicastérios da Santa Sé sobre o modo como defender

a família e promover o papel das mulheres nas sociedades e na política internacional.

Hoje as mulheres são cada vez mais vítimas da violência e do fundamentalismo e, contudo, são precisamente elas que podem ser o motor para uma mudança radical das sociedades. Foi esta a síntese do encontro que teve lugar primeiro no Pontifício Conselho para a Família, e depois no Vaticano, onde as delegadas iranianas se encontraram com o Pontífice.

Durante a mesa redonda moderada por D. Vincenzo Paglia, Presidente do Pontifício Conselho para a Família, onze mulheres – seis da República Islâmica do Irão, chefiadas pela vice-presidente Molaverdi, e cinco em representação do Vaticano – confrontaram-se sobre temas relacionados com a identidade feminina e a família.

Além da vice-presidente, a delegação iraniana era composta por Zohreh Sefati, conselheira para as questões relativas ao direito islâmico, Ashraf Gheramizadegan, responsável para as questões legais, Aliye Shokrbeyghi, secretária do grupo de trabalho para uma família sadia, Fatemeh Rahmati, conselheira para as questões internacionais, e Atefeh Karbalaeei, jornalista da agência Isna. Da parte vaticana entrevistaram Flaminia Giovannelli, sub-secretária do Pontifício Conselho «Justiça e Paz», Mary Melone, reitora da Pontifícia Universidade Antonianum, Lucetta Scaraffia, editorialista de *L'Oss. Romano* e responsável do suplemento *Mulheres, Igreja, Mundo*, Myriam Tinti, professora de direito canónico, e a autora da notícia.

Foram bastantes os pontos de contacto entre as participantes no debate. Se guerras, violência, pobreza e desigualdades ameaçam cada vez mais as mulheres, se a crise da paternidade, a diminuição da fertilidade, os abortos forçados e as novas formas de escravidão e de compra e venda do corpo feminino, são preocupações comuns, apesar disso as relatoras expressaram um certo optimismo acerca da capacidade feminina de reagir a estas situações, trabalhando, aliás, pela identidade, a educação, a cura e a representação política.

No dia da festa nacional da República Islâmica do Irão, D. Paglia realizou de facto um pequeno milagre: em volta da mesa de debate onze mulheres confrontaram-se sobre as mulheres. Um binómio que não se pode absolutamente dar por certo, mas de muito bom auspício.

## NOTÍCIAS A.M.C.P.

### 1 – Relatório de actividades

Ao abrigo do art. 14º,1,g), vem a Direcção Nacional da Associação dos Médicos Católicos Portugueses (AMCP) dar conhecimento à Conferência Episcopal Portuguesa (CEP) da actividade desenvolvida em 2014.

1 – A actual direcção nacional da AMCP foi eleita em reunião do conselho nacional em 8 de Março de 2014 para um mandato de 3 anos.

Escolheu CRISTO MÉDICO como luz inspiradora de toda a sua actividade e como modelo de vida a propor a todos os médicos católicos. Tem como grande desígnio da sua missão a evangelização do mundo da saúde em geral e do mundo médico em particular.

2 – Neste 1º ano do seu mandato teve como primeira tarefa conhecer as associações de médicos diocesanas existentes, dar-se-lhes a conhecer e aos seus planos. Para isso, o presidente reuniu-se nas respectivas dioceses com as associações do Algarve, Lisboa, Coimbra e Porto, não tendo ainda sido possível reunir-se com as de Guarda e Viseu. Nessas reuniões foi acompanhado pelo membro da direcção encarregado da ligação com a associação em causa.

3 – O primeiro dos objectivos estratégicos da direcção é a criação de mais associações de modo a garantir a presença organizada da associação em todas as dioceses. Assim, conseguiu-se concretizar a criação de associações nas dioceses de Vila Real, onde o presidente já se deslocou, e de Portalegre/Castelo Branco, que o presidente ainda não conseguiu visitar.

4 – Nesse âmbito, têm sido feitas diligências para a reactivação de associações nas dioceses de Aveiro e de Braga, havendo fundadas esperanças que, pelo menos na segunda, tal se venha a tornar realidade este ano.

5 – O segundo objectivo estratégico é o aumento significativo do nº de associados, tendo definido como meta a atingir no fim do mandato os 1000 sócios. Pensamos que, se conseguirmos atrair para a AMCP os médicos católicos existentes em Portugal, a meta estará perfeitamente ao nosso alcance.

6 – Como terceiro objectivo, à luz de Cristo Médico, a direcção está fortemente empenhada em providenciar iniciativas que contribuam para a



formação espiritual dos médicos. Assim, a direcção promoveu a realização de exercícios espirituais para médicos na Casa da Torre em Soutelo entre os dias 5 e 8 de Dezembro sob a orientação do Assistente Espiritual Nacional, Pe. José Eduardo Lima, tendo participado 14 médicos. Com um balanço muito positivo, tratou-se de uma experiência a repetir noutras zonas do país e de modos variados.

7 – O quarto dos nossos objectivos estratégicos, definido logo no início do mandato, tem a ver com a necessidade de melhorar a comunicação com os associados. Depois de um trabalho de meses foi possível inaugurar em Outubro um novo site que se espera venha a contribuir para a revitalização da associação. Também em Novembro começamos a enviar a todos os sócios uma Newsletter a que chamamos agora de centenário, com informação actualizada de todas as actividades da AMCP, sejam nacionais, sejam diocesanas. Pensamos manter esse modo de comunicação no tempo que restar do nosso mandato.

8 – Convocado pela nova direcção nacional, decorreu em Fátima em 31/5/2014 uma reunião do conselho nacional em que estiveram representadas todas as associações diocesanas, com excepção da da Guarda. Constituiu o ponto principal da reunião a preparação das comemorações do centenário da AMCP em 2015. Foram aprovadas as seguintes propostas da direcção: – Celebração Eucarística de Acção de Graças a realizar no Porto, cidade onde foi fundada a associação em 1915; reunião nacional de médicos católicos, a decorrer no Porto no dia 9/5/2015, depois de gorada a possibilidade de se realizar em Coimbra; sessão comemorativa oficial em Lisboa que se prevê ocorrer em 17/10/2015; concertos comemorativos no fim do ano no maior nº possível de dioceses.

9 – Ainda na reunião do conselho nacional foram aprovadas propostas importantes de que destacamos: o compromisso da AMCP organizar todos os anos uma reunião nacional de médicos católicos à semelhança do que fazem outras associações; a realização regular de exercícios espirituais para médicos e à luz de Cristo Médico; a criação da modalidade de sócio digital que passará a receber a revista Acção Médica e toda a correspondência por via electrónica pelo que pagará uma quota anual de 25 euros e a isenção do pagamento de quota aos sócios estudantes.

10 – Entretanto, e porque desejamos crescer no meio médico jovem , a direcção nacional decidiu organizar ainda no âmbito das comemorações do centenário a 1ª reunião nacional de jovens médicos católicos que acontecerá no Porto em 28/11.

11 – A Acção Médica é a revista emblemática da AMCP, o seu rosto para muitos. Por isso, nós estamos empenhados em colaborar com a sua direcção em ordem ao seu fortalecimento. Em Abril, pouco após a sua eleição, o presidente reuniu-se com o Prof. Boléo Tomé e com o Prof. Laureano dos Santos para analisar a situação da revista e começar a tomar as medidas que se viessem a considerar necessárias. Duas foram já tomadas: a nomeação de um médico redactor no Porto e a contratação de uma empresa que passou a assegurar a retroversão para o inglês dos resumos de cada edição.

12 – A assistência prestada aos peregrinos de Fátima é uma das actividades em que a AMCP se empenha há vários anos e que se manteve em 2014 como em anos anteriores sob a coordenação do nosso colega de Aveiro Dr. Jorge Pereira.

13- Aquando da nossa eleição e dependendo a direcção nacional da AMCP da Conferência Episcopal Portuguesa, pareceu-nos que teríamos obrigação de nos apresentarmos à CEP, o que ainda não foi possível até à data mas que se mantém como um desejo nosso a cumprir. Entretanto, e no âmbito da preparação da comemoração do centenário, fomos recebidos pelo Senhor D. António Francisco dos Santos, Bispo do Porto, em Julho.

14 – Em Abril, o presidente e o vice-presidente foram recebidos em Coimbra pelo Bastonário da Ordem dos Médicos, o Prof. Doutor José Manuel da Silva.

Terminamos com uma palavra de esperança no futuro do nosso trabalho porque ele é realizado na convicção profunda que o Deus uno e trino a que nos consagramos está connosco e que Maria nossa Mãe tem estendido sobre nós o Seu manto protector!

Porto 11 de Fevereiro de 2015  
*A Direcção Nacional da AMCP*

## 2 – AMCP – Conselho Nacional

Em 14/2/2015 reuniu-se em Fátima, na Casa de N. S. das Dores, o conselho nacional da AMCP, com a presença de 7 membros da direcção nacional (6 médicos e o assistente religioso), de 1 membro do núcleo do Algarve, 4 do de Lisboa (3 médicos e o assistente religioso), 1 do de Coimbra, 1 do de Viseu, 1 do do Porto, 1 do de Portalegre/Castelo Branco e do nosso representante na FEAMC, num total de 17 pessoas. O núcleo de Vila Real fez-se representar por um dos membros da direcção nacional.

Depois da oração inicial foram aprovados a acta referente à reunião do conselho de 31/5/2014 e o relatório de actividade da direcção relativo a 2014 também publicado nesta edição da revista, foi feito o ponto da situação do que foi proposto pela direcção nacional para este ano do centenário e que ainda aguarda concretização:

- Reunião Nacional em 9 de Maio no Porto, nas instalações do Centro de Congressos da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, sob o tema “Médico-Doente, uma relação secular”. Foi feito um forte apelo à participação de sócios de todos os núcleos com o objectivo de se atingirem pelo menos as 200 inscrições.

- Comemoração oficial em Lisboa no dia 17 de Outubro, data sujeita a confirmação.

- A 1ª Reunião Nacional de Jovens Médicos Católicos que também decorrerá no Porto em 28 de Novembro.

- Concertos comemorativos a realizar no fim do ano nas dioceses em que há núcleos organizados.

Em seguida, os representantes dos núcleos presentes informaram o conselho das actividades que já organizaram e das que projectam para este ano.

No fim da manhã celebrou-se, como é habitual, a Eucaristia, seguida do almoço.

À tarde, foram aprovadas as contas relativas a 2014 que poderão ser consultadas no site da AMCP e foram tomadas as seguintes decisões relativamente ao Congresso da FEAMC que se realizará no Porto no Outono de 2016.

- Nomear o Prof. Laureano dos Santos para seu Presidente.

- Convidar o Prof. Walter Osswald para seu Presidente de Honra.
- Aprovar a constituição de uma Comissão de Honra do Congresso para a qual serão convidados todos os anteriores presidentes da Associação, bem como o Dr. Pinto Mendes.
- Aprovar a composição da Comissão Organizadora do Congresso proposta pela direcção nacional.

Falou-se um pouco em seguida da Acção Médica, tendo a direcção proposto que toda a Associação dedique este ano a uma reflexão sobre os caminhos que deseja para a revista para que na próxima reunião do conselho se tomem, em conjunto com o seu director, as decisões que se julgarem mais convenientes.

Finalmente, foram tratados assuntos respeitantes aos sócios, tendo a direcção lembrado a campanha dos 1000 sócios, número que pretende que venha a ser atingido no fim do seu mandato. Foram também aprovadas as seguintes propostas :

- Procedimento de inscrição e respectiva validação.
- Procedimento a seguir relativamente aos associados com quotas em atraso.
- Critérios a seguir na distribuição de verbas pelos núcleos.

Terminou-se com uma oração de agradecimento a Maria por tudo o que se passou nesta reunião, Mãe da Humanidade a quem os médicos católicos portugueses se sentem ligados de um modo muito especial.

Porto, 17 de Março de 2015  
*O Presidente – Carlos Alberto da Rocha*

## «ACÇÃO MÉDICA» HÁ 50 ANOS

O Dr. Luciano Castanheira, médico escolar que à educação sexual dedicou palestras e artigos é o autor de “Instituto sexual e sexualidade humana”, em que argumenta com elegância e pertinência, mostrando que a sexualidade humana não depende de um instituto sexual (próprio dos animais) que, em boa verdade, no Homem nem sequer existe. Sublinha a importância da educação, da vontade e das convicções para definição das opções da pessoa humana nesta matéria. A liberdade da conduta sexual (que está relacionada com o seu cérebro e não com as gónadas) existe e encontra a sua regra no amor, e a forma mais perfeita deste é o amor conjugal, “essencial à normalidade e à saúde da instituição familiar”. Liberdade, espontaneidade, não obrigatoriedade de fecundação são qualidades humanas maiores para o exercício da sexualidade responsável, com e por amor.

Os médicos catalães Mescadal – Peyri, Massons e Montobbic defendem a consulta médica pré-matrimonial e referem uma longa lista de situações físicas e psíquicas que desaconselham o casamento ou o condicionam. Como seria de esperar, a evolução da medicina tornou obsoleto este artigo, certamente meritório à época (“O conselho do médico antes do casamento”).

Pelo contrário, é muito actual o contributo intitulado “O Concílio Vaticano II e os leigos”, de autoria de P.B. (certamente Paiva Boléo, director da revista). Na realidade, trata-se de uma leitura muito atenta dos relatos das sessões conciliares e da carta apostólica de Paulo VI. O “novo” papel do leigo, enquanto anunciador competente do Reino e seu esforçado construtor, é muito bem focado neste breve texto, em que se assume o apostolado como actividade normal de todo o baptizado. Todos nós, que ouvimos com entusiasmo a palavra encantatória do Papa Francisco, faríamos bem em entender como se trata aqui, não de uma novidade ousada, mas da expressão do entendimento que a Igreja universal vem propagando, acerca do laicado e da sua acção.

J. Boléo – Tomé, o actual director da nossa revista, há cinquenta anos certamente estudante de Medicina ou jovem médico, critica dois cursos

levados a cabo na Faculdade de Medicina de Lisboa. Um, o “Curso sobre problemas da contracepção” seria, na sua opinião, um conjunto de conferências que se limitaram a expor o estado da questão, no campo meramente científico; o outro, “Colóquio sobre problemas da regulação da natalidade e gestagêneos de síntese”, organizado pela Juventude Universitária Católica, teria sido mais abrangente (a regulação da natalidade não pode resumir-se à contracepção) e claramente preocupado com o enquadramento humanista da gestação: a limitação é um problema do casal, que encontrará a solução sem descuidar o esforço e a generosidade. Curiosamente, os Cursos tiveram lugar no mesmo mês (Março de 1965) e os conferentes foram conceituados professores e médicos.

Nas secções finais, um destaque pessoal para as notícias que relatam a realização de provas académicas dos Profs. Ramos Lopes e Robalo Cordeiro, na Faculdade de Medicina de Coimbra. Tendo tido o privilégio de longa e profunda amizade com ambos, é com emoção que aqui deixo registado esta efeméride.

*Prof. Doutor Walter Osswald*

## ACÇÃO MÉDICA

ANO LXXIX, Nº 1, Março 2015

### RESUMOS

- ABERTURA: A abolição do Homem** ..... 5  
 O título de uma obra de C. S. Lewis serve de pretexto para um comentário sobre os erros graves defendidos por formações sócio-políticas influentes, e que acabam por ser transformados em leis – a lei natural substituída pela escolha de “género”, a liberdade como suprema lei, sem limites, a vida e a dignidade humanas sujeitas à consideração da utilidade ou do prazer e, portanto, descartáveis – a eutanásia, o aborto, o suicídio assistido são exemplos. Pode-se dizer, por isso, que o Ser Humano, na suposta civilização actual, está a ser abolido como tal, sem ideais que alimentem o seu espírito.
- Europa, ecumenismo e Ética – Alfredo ANZANI** ..... 7  
 Neste texto, o antigo vice-presidente da Federação Europeia dos Médicos Católicos (FEAMC) refere-se brevemente aos principais marcos históricos da constituição da União Europeia. Lança um breve olhar sobre a história das separações entre os cristãos que teve origem na Europa e às suas consequências. Aponta a dignidade humana como o conceito de origem cristã que foi nuclear no desenvolvimento de toda a Bioética e algumas questões éticas presentes na cultura contemporânea da Europa.
- O sentido da vida ao cair da folha – André REIS e col.** ..... 29  
 Após um século de progressos científicos inimagináveis, torna-se mais pertinente o enigma da existência humana. Terá o Homem finalmente conseguido saciar a sua sede de infinito e de imortalidade? Encontrou realmente um sentido para a sua vida e para a sua morte? O presente artigo pretende contribuir para esta discussão, partilhando breves reflexões acerca do sentido da vida na perspectiva de doentes, familiares e profissionais de saúde de Cuidados Paliativos, uma área em que esta temática assume especial relevo. Com ele não se pretende obter uma resposta categórica acerca do sentido da vida. Pretende-se, isso sim, partilhar algumas reflexões de utentes de uma Unidade de Cuidados Paliativos, e também de profissionais que dedicam o seu tempo a cuidar daqueles que se encontram na recta final da sua existência.
- Um humanismo para a Medicina do nosso tempo – Academia Nacional de Medicina Francesa** ..... 39  
 A medicina do século XXI está legitimamente satisfeita com as espantosas possibilidades actuais, outrora desconhecidas em matéria de diagnóstico, de tratamento e de processamento dos dados clínicos. Paradoxalmente, estes progressos, dos quais se diria poderem proporcionar uma relação médico-doente de melhor qualidade, conduziram frequentemente a diminuir a comu-

nicação na prática clínica (escuta, diálogo, exame clínico, etc). para privilegiar a tecnologia e os seus resultados. No interesse dos doentes, a Academia Nacional de Medicina Francesa recorda, hoje como ontem, que o humanismo é consubstancial à medicina e que, sendo indissociáveis, a prática clínica não pode opor-se à tecnologia. Este artigo constitui a 1ª parte, em que é feita uma análise da situação.

## TEMAS ACTUAIS

- **A eutanásia e o suicídio assistido** – Relatório ..... 53  
Relatório elaborado pelo Centro de Bioética de Anscomb (Reino Unido) sobre a experiência obtida com a legalização da eutanásia e do suicídio assistido na Bélgica. Este relatório baseia-se nos estudos apresentados numa Conferência Internacional que se realizou em 1 de Novembro de 2014 na Universidade de Santa Maria, Twickenham (G. B.). Foram analisados os diferentes aspectos e consequências, incluindo a eutanásia infantil, a sedação contínua, os abusos e derrapagens para que fossem consideradas normais as práticas usadas.
- **A eutanásia lenta** – Bruno COUILLAUD ..... 65  
O Autor faz uma análise de uma proposta de lei em França, aprovada com algumas alterações, sobre a sedação contínua até à morte. Chama a atenção para os aspectos escondidos, a que chama “astúcia verbal”, e separa claramente o que é sedação temporária da sedação com “intenção terminal”, isto é, eutanásica.
- **A droga não se vence com a droga** – Pedro Vaz PATTO ..... 69  
É frequente voltar a falar-se da legalização do consumo de drogas leves. Agora foi a ministra da Justiça que falou da possibilidade da sua venda em farmácias. Mais uma vez se usam os mesmos argumentos; entre eles sobressai a liberdade. Ora invocar a liberdade não colhe, pois a liberdade absoluta autodestrói. O consumo de droga é sempre nocivo, e a sua liberalização aumenta o consumo, deixando uma mensagem cultural muito grave. Mais: ao contrário do que se defende, e paradoxalmente, a legalização protege as redes clandestinas. Todas as experiências de liberalização foram negativas

## NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS ..... 73

- **Ébola – consequências devastadoras** (resumo de um artigo de Time, em que são apontados os principais erros cometidos pelos países que deviam ter dado ajuda imediata);
- **Código de direito familiar** (faz-se referência ao primeiro código de Direito Familiar, agora publicado na Nicarágua);
- **Família e identidade feminina: um encontro surpreendente** (Notícia de um encontro realizado no Vaticano entre uma delegação feminina do Irão e uma congénere do Vaticano, sobre assuntos da Família e da condição feminina em geral);
- **Notícias AMCP** (Relatório de actividades do 1º ano da direcção e notícia do último Conselho Nacional);
- **«Acção Médica» há 50 anos** (referência ao conteúdo da revista, há 50 anos).



## ACÇÃO MÉDICA

ANO LXXIX, Nº 1, Março 2015

## ABSTRACTS

- OPENING: The abolition of Man** ..... 5  
 The title of a C.S. Lewis's work is the pretext for a comment on the serious errors defended by influential socio-political formations, and which end up being turned into laws - the natural law replaced by the choice of "gender", freedom as supreme law, without limitation, life and human dignity subject to consideration of the usefulness or pleasure and therefore disposable – like euthanasia, abortion and assisted suicide. It can be said, therefore, that the Human Being, in the so-called current civilization, is being abolished as such, without ideals to feed the spirit.
- Europe, ecumenism and ethics – Alfredo ANZANI** ..... 7  
 In this text, the former vice president of the European Federation of Catholic Doctors (FEAMC) refers briefly to the main historical landmarks of the constitution of the European Union. He looks briefly into the history of separations among Christians that originated in Europe and its consequences. He points out human dignity as the concept of Christian origin which was fundamental in the development of all Bioethics and some ethical issues present in contemporary culture in Europe.
- The meaning of life in your autumn years – André REIS et al.** ..... 29  
 After a century of unimaginable scientific progress, the enigma of human existence becomes more pertinent. Has Man finally managed to quench his thirst for the infinite and immortality? Has he really found a meaning to his life and to his death? This article seeks to contribute to this discussion by sharing brief reflections on the meaning of life from the perspective of patients, family members and healthcare professionals of Palliative Care, an area where this issue become even more important. It is not intended to obtain a categorical answer about the meaning of life but rather to share some thoughts of users of a Palliative Care Unit, and also of professionals who devote their time to care for those who are in the final stretch of their existence.
- Humanism in Medicine of our time – French National Medical Academy** ..... 39  
 Twenty-first century medicine is legitimately satisfied with the amazing current possibilities, formerly unknown in terms of diagnosis, treatment and processing of clinical data. Paradoxically, this progress, which would enable a better quality doctor-patient relationship, often led to decreased communication in clinical practice (listening, dialogue, clinical examination, etc.) to favour technology and its results. In the interest of patients, the French National Medical Academy recalls that, today as in the past, humanism is

inseparable from medicine and, being inseparable, clinical practice cannot oppose technology. This article is the 1st part, in which an analysis is made of the situation.

## PRESENT AFFAIRS

- **Euthanasia and assisted suicide** – Report ..... 53  
Report prepared by the Centre for Bioethics of Anscomb (United Kingdom) on the experience gained with the legalisation of euthanasia and assisted suicide in Belgium. This report is based on studies presented at an International Conference held in 1 November 2014 at the University of Santa Maria, Twickenham (G. B.). The different aspects and consequences were analysed, including child euthanasia, continuous sedation, abuses and failures for those used practices to be considered normal.
- **Slow euthanasia** – Bruno COUILLAUD ..... 65  
The author makes an analysis of a proposed law in France, which was approved with some amendments, on continuous sedation until death. He draws attention to the hidden aspects, which he calls “verbal cunning,” and clearly separates what is temporary sedation from sedation with “terminal intention,” i.e. euthanistic.
- **You cannot fight drugs with drugs** – Pedro Vaz PATTO ..... 69  
It is common to speak of the legalisation of soft drugs consumption. Now it was the Minister of Justice who spoke of the possibility of their sale in pharmacies. Once again using the same arguments; amongst them freedom stands out. Invoking freedom is unfounded because absolute freedom is self-destructive. Drug use is always harmful, and its liberalisation increases consumption, leaving a very serious cultural message. Furthermore, contrary to what is argued, and paradoxically, legalisation protects the clandestine networks. All liberalisation experiences were negative.

## NEWS AND COMMENT ..... 73

- **Ebola – devastating consequences** (summary of a Time article pointing out the main mistakes made by countries that should have given immediate help);
- **Code of family law** (reference is made to the first code of family law, now published in Nicaragua);
- **Family and female identity: a surprising meeting** (News of a meeting at the Vatican between a female delegation from Iran and a Vatican counterpart, about matters of the family and the female condition in general);
- **AMCP News** (First-year management report and news of the last National Council);
- **“Medical Action” 50 years ago** (reference is made to the content of the journal 50 years ago).

## NOVOS ASSOCIADOS

Foram admitidos como novos associados:

- Dra. Susana Raquel Lima Mimoso Caramelo | Vila Real
- Dra. Ana Sofia Pires Leite Alves | Custóias MTS
- Dr. Pedro Filipe Leite Alves | Porto
- Dr. José António Duran Oliveira Couto | Porto
- Dr. Pedro Alexandra Lorenz Rodrigues Pereira | Porto
- Dra. Joana Mafalda Almeida Aidos | Viseu
- Dr. José João Mendes Ribeiro Eira | Lamego
- Dra. Dulce Fátima Lopes Seabra | Aveiro
- Dra. Marta Filipa Daniel Lages | Bobadela
- Dra. Mariana Bandeira de Azevedo Gonçalves | Porto
- Dr. Arnaldo Manuel de Oliveira Nunes Martins Gomes | Vila Real
- Dr. Tiago Luís Batista da Cunha Veloso Sousa | Porto
- Dra. Maria Helena Fernandes Silva | Massamá
- Dra. Fernanda Ribeiro Lisboa Monteiro | Porto
- Dra. Ana Maria Amaro Soares Torres de Almeida | Castelo Branco
- Dra. Filomena Campos Xavier | Ferro
- Dra. Filipa Candeias Pereira Santos | Castelo Branco
- Dra. Maria Libânia Marques de Araújo | Porto
- Dr. Sergio Marcelino da Fonseca e Silva | Porto
- Dr. Pedro Miguel Raposo Filipe | Oeiras
- Dr. Alírio José Gonçalves Carneiro | Porto
- Dra. Ivone Santos Silva | Porto
- Dra. Ana Reynolds Magalhães Abreu Coutinho Castro Saraiva | Porto
- Dra. Margarida Maria Craveiro de Lima Ayres Basto | Porto
- Dr. João Pedro Almeida Sousa Neves | Gondomar
- Dr. Delfim Miguel dos Santos Monteiro Rocha | Porto
- Dra. Bela Alice Botelho Morais Costa | Vila Real
- Dra. Sara Maria Castelo Branco Soares | Porto
- Dr. Joaquim Eloi de Ascensão Martins Pereira | Porto
- Inês Pereira A. Marques | Maia

