

75 ANOS

**«ACÇÃO MÉDICA», NESTE ANO
DE ANIVERSÁRIO - 75 ANOS DE
PUBLICAÇÃO ININTERRUPTA -
CONSTITUI O MAIOR ARQUIVO
EM LÍNGUA PORTUGUESA
DE ESTUDOS SOBRE ÉTICA,
FORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E
COMPORTAMENTOS.**

*Irá realizar-se uma sessão solene comemorativa no
dia 26 DE NOVEMBRO,
Das 10.00 às 13.00 H.*

(UNIVERSIDADE CATÓLICA – LISBOA)

Branca



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

ANO LXXV, Nº 2

SETEMBRO 2011

Fundador

José de Paiva Boléo

Director

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

Administradora
Ana Sarmento

(antoniosarmento55@sapo.pt)

Sub-Director

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

Redactores

Abel Sampaio Tavares
Laureano Santos

Luís Rosário
José Augusto Simões

Vitor M. Neto
José E. Pitta Grós Dias

Conselho Científico

Walter Osswald
Levi Guerra
Daniel Serrão

Henrique Vilaça Ramos
Jorge Biscaia
José Pinto Mendes

Lesseps L. dos Reys

Número de Identificação: 501983589

ISSN – 0870 - 0311 – INTERNATIONAL STANDARD SERIAL NUMBER

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

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

http://amcp.com.sapo.pt

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

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

Tiragem: 1000 exemplares

**ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS
CATÓLICOS PORTUGUESES**

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

DIRECÇÃO NACIONAL

Presidente: José Rueff Tavares

Vice-Presidente: João Paulo Malta

Secretário: Ana Félix

Tesoureiro: Ana Sarmento

Vogais: Margarida Neto

Aldina Brás

José Patena Forte

Rui Barreira

Assistente: Conégo Dr. José Manuel Santos Ferreira

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

NÚCLEOS DIOCESANOS (PRESIDENTES)

Aveiro: Jorge Rodrigues Pereira

Braga: Maria Emília Duarte Oliveira

Coimbra: Augusto Pinto

Faro: Santos Matos

Guarda: Vítor Santos

Lisboa: Sofia Reimão

Porto: Manuel Pestana Vasconcelos

Viana do Castelo: Avelino Gomes Amorim

Viseu: João Morgado

SUMÁRIO

ABERTURA: Testamento Vital	3
<i>Alexandre LAUREANO SANTOS</i>	
Morte Cerebral: «finis vitae» ou «ficta mortis»?	7
<i>João O. GERALDES</i>	
Religião e Conflitos Globais	63
«A. M.»/«ZENIT»	
Receita Eletrónica	68
<i>Ângela Maria PEIXOTO, Liliana T. LOURENÇO</i>	
TEMAS ACTUAIS	
• O Papa em Madrid nas Jornadas Mundiais da Juventude	77
• Religião e Cultura	78
<i>Mario VARGAS LLOSA</i>	
• Judaísmo e as Jornadas Mundiais da Juventude	83
<i>David HATCHWELL</i>	
NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS	
• Recuperação do Hospital do Songo	89
• Hungria – a nova Constituição	89
• Promundo – um exemplo notável de voluntariado	90
• Liberdade de criação ou liberdade de insulto?	91
• Os 75 anos de «Acção Médica	95
«ACÇÃO MÉDICA» HÁ 50 ANOS	96
RESUMOS	99
SUMMARIES	103

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 €

TESTAMENTO VITAL

As diretivas antecipadas da vontade

1. O ocaso da vida constitui um dos temas nucleares da cultura nas sociedades contemporâneas. É natural que assim seja. O conhecimento dos mecanismos básicos do desenvolvimento da vida, a organização das sociedades, o avanço global das economias têm sido fatores determinantes no alongamento do curso da vida humana e nas circunstâncias familiares, comunitárias e sociais em que a morte ocorre. As sociedades de economia avançada, como apesar de tudo é a nossa, têm facultado as condições de uma melhoria generalizada dos cuidados a prestar na saúde e na doença, nomeadamente no que se refere aos doentes em situações críticas. Estes domínios da sociedade têm tido uma evolução extremamente positiva no nosso país, como generalizadamente se reconhece. Muitos doentes têm podido ultrapassar situações que outrora evoluíam necessariamente para uma morte próxima, mantendo uma vida de relação familiar e social sem limitações. Porém, muitos outros permanecem com grandes incapacidades, tributários de apoios familiares, comunitários e sociais, além de uma inevitável dependência de uma tecnologia biomédica distante, escassa e cara.

Bem se conhece um conjunto de questões de ordem ética, antropológica, cultural e económica que envolve a vida humana no seu período terminal. A Igreja Católica tem largamente contribuído nos últimos decénios para os debates que continuam em aberto. Sublinhe-se que é doutrina generalizadamente aceite a de que nas circunstâncias-limite a dignidade, a vontade e os interesses da própria pessoa

em situação crítica constituem os valores mais elevados a defender prevalecendo sobre todos os outros interesses da sociedade, nomeadamente os de ordem biomédica, científica ou económica. Na verdade, quase todos reconhecem que estes são os valores que devem ser salvaguardados perante a imensidade de meios de intervenção que hoje é possível mobilizar. Para que estes valores prevaleçam todos temos que estar capacitados dos objetivos, das capacidades e dos limites dos meios a aplicar segundo os critérios mais atualizados, nomeadamente nos domínios que se referem aos médicos e aos membros das equipas de intervenção. A estes se exigirá o cumprimento dos protocolos da sua arte e o completo domínio instrumental. Mas é sobretudo imperativa a capacidade de comunicar aos doentes e aos que legitimamente os representam, com a possível antecipação e com verdade, as circunstâncias e as probabilidades de evolução das situações que estão presentes. Os membros das equipas que actuam nos cuidados aos doentes em situação crítica devem ter uma preparação específica na relação com os doentes e com os que os envolvem; preparação que, afinal, se deverá estender a todas as pessoas que trabalham em cuidados de saúde.

2. Mas as questões que em Portugal hoje se colocam são fundamentalmente de outra ordem. Referem-se à criação de uma lei justa que se adapte às circunstâncias de um doente que não pode exprimir a sua vontade de ser ou não ser submetido aos protocolos de um certo modelo terapêutico numa situação crítica a que eventualmente possa estar sujeito. Tem esse direito. Mas, na verdade, a vontade e os desejos expressos em plena saúde adaptam-se sempre mal às inumeráveis patologias que não são previsíveis; mas ainda e sobretudo adaptam-se mal porque as manifestações da vontade naturalmente se poderão alterar com as próprias circunstâncias.

Todas as diretivas nestes domínios são precárias. Mesmo as que ficarem expressas na lei positiva que for aprovada. Os médicos e as equipas de intervenção atualmente cumprem

generalizadamente os desejos e a vontade dos doentes muito graves, mesmo quando têm que assumir o ônus do consentimento presumido. A existência de diretivas escritas ou legitimamente expressas no âmbito da prática médica apenas reforça ou legitima as boas práticas clínicas.

ALEXANDRE LAUREANO SANTOS

Branca

MORTE CEREBRAL: *FINIS VITAE* OU *FICTA MORTIS*?

João de Oliveira GERALDES

§ 1. Razão de ordem e enunciação do problema

I – No artigo «*A definição de morte, transplantes e outras utilizações do cadáver*»¹⁻², CARVALHO FERNANDES enunciou múltiplas considerações sobre a Lei n.º 12/93, de 22 de Abril (*Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana*), e sobre a Lei n.º 141/99, de 28 de Agosto (*Verificação da morte*), que nos conduziram na reflexão sobre o que então apelidámos de *problema declarativo da morte*, objecto da nossa intervenção no V curso de mestrado em Bioética organizado pelo Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa³. No decurso da reflexão então empreendida, impressionou-nos o processo⁴ que terá conduzido à

¹ Assistente da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa

² L. CARVALHO FERNANDES, *A definição de morte, transplantes e outras utilizações do cadáver*, D.J., XVI, T.2, 2002, 29-59.

³ Artigo concluído em Setembro de 2009. São devidos agradecimentos à Senhora Professora Doutora Paula Costa e Silva e ao Senhor Dr. Tiago Soares Cardoso, bem como ao Senhor Professor Doutor Fernando Vale, do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, pelas observações formuladas durante o debate subsequente à intervenção do autor naquele curso.

⁴ Referenciado por CÍCERO GALLI COIMBRA no seu artigo *Morte Encefálica: um diagnóstico agonizante*, *Revista de Neurociências* (São Paulo), 6/2, 1998, 58-68.

eleição do conceito de *morte cerebral* como critério declarativo do fim da vida humana; logo, do fim da pessoa humana.

II – Nesse plano, sobressaiu *a circunstância de a morte não ser um facto perspectivado homogeneamente*: hoje, morrer em Portugal – critério da *morte do tronco encefálico* – será *algo* diferente do que sucederá noutros países: casos da Espanha, da Itália ou da Alemanha – critério da *morte cerebral total*⁵ –, sem referir o caso historicamente muito particular do Japão⁶. Esta variação de critério evidenciou-nos imediatamente a presença de um *problema axiológico*, insusceptível, portanto, de ser pensado através de exercícios dedutivos meramente formais. Continuando, mais intuímos que o *problema declarativo da morte* não seria, afinal, um problema apenas das ciências biomédicas. Não se justificaria, por isso, uma recepção automática dos critérios declarativos propostos ou fixados por aquelas. É certo que não pode negar-se a importância da base das propostas provenientes das ciências biomédicas. Porém, cumpre também afirmar que a adopção de uma tese sobre quais deverão ser as nossas ideias sobre a vida/morte, tenham elas uma matriz biológica, filosófica, religiosa ou sociológica, será sempre uma decisão ética de uma determinada Comunidade.

A adopção de uma tese sobre a vida/morte extravasa do âmbito do meramente (e supostamente) factual. Entraremos no plano da valoração dos factos.

III – Valerá reter como muito recentemente, por parte de uma comissão maioritariamente composta por membros da comunidade científica biomédica norte-americana, foi precisamente acentuada a

⁵ Para uma compilação dos vários e distintos critérios de morte: CONSTANTIN DOUMAT, *Diagnostik des Hirntodes im internationalen Vergleich*, Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, 2005.

⁶ País tradicionalmente resistente ao conceito de morte cerebral. Sobre o caso japonês, ITSUYO TAKIZAWA, *Le droit médical et la société japonaise. La mort cérébrale est-elle la mort véritable?*, RIDC, 1996, vol. 48, n. 1, 95-112.

centralidade da dimensão axiológica do tema que iremos tratar: «*why do we describe the central question of this inquiry as a philosophical question? We do so, in part, because this question cannot be settled by appealing exclusively to clinical or pathophysiological facts*»⁷.

Com efeito, não é de perder de vista a circunstância de os critérios de diagnóstico ou de prognóstico da morte estarem necessariamente condicionados por prévias considerações sobre o que sejam a vida e a morte. Será este pré-entendimento que, como veremos, deve ditar (ditará) os contornos daqueles critérios. É essencial apontar este elemento condicionante. Só assim, de forma coerente, poderá formar-se um *sistema declarativo da morte*, nele se integrando:

a) ideias de vida e de morte (*Morte celular? Falência do sistema cárdio-circulatório? Perda da capacidade respiratória? Perda da capacidade de consciência? Perda da capacidade de interacção com o mundo externo?*);

b) critérios abstractos de diagnóstico (*Morte cárdio-respiratória? Morte cerebral total? Morte do tronco encefálico? Outro critério?*);

c) técnicas de confirmação concreta do diagnóstico (*Quais e que tipo de testes confirmatórios? Será o teste da apneia defensável?*).

IV – Ademais, sendo muitos os preceitos que pressupõem a sua verificação ou a sua não verificação, o *problema declarativo da morte* é tema a que os Juristas não devem nem podem ser indiferentes. Justifica-se, portanto, pedindo de empréstimo palavras do Homenageado, «*chamar a atenção para o facto de a interpretação e a aplicação de preceitos que imputam à morte certos efeitos jurídicos pressuporem a resposta a duas questões. (...) o que deve afinal*

⁷ Retirado de «Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President's Council on Bioethics» (2009), do President's Council on Bioethics, composto maioritariamente por autoridades académicas das comunidades científicas médica, filosófica e jurídica norte-americanas, a que adiante faremos mais detalhada referência.

entender-se por morte, (...) [e como deveremos] determinar se, e quando, ela ocorreu»⁸.

§ 2. Coordenadas do «problema declarativo da morte»

a) *A morte como processo e o critério declarativo tradicional*

I – A «morte», como vem sendo comumente considerada, é **um processo progressivo**. Ressalvando situações extremas, depois de se iniciar esse processo, é muito problemática a determinação do momento a partir do qual se poderá declarar que determinada pessoa morreu; que já não existe como pessoa mas tão-somente como *cadáver*⁹.

São evidentes as consequências que resultam dessa determinação processual¹⁰, o que mais agudiza a dificuldade agora apontada.

II – Confrontando-se com o *problema declarativo* da morte, no decurso da História, os Homens vêm procurando identificar, para o enfrentar, quais os melhores critérios, os que aparentemente mais segurança oferecem¹¹, os que mais respeitam a autonomia e a liberdade da pessoa e os que mais dignificam e permitem realizar ideais religiosos, filosóficos ou políticos. Neste contexto, convirá recordar que, historicamente, a *cessação irreversível da função cárdio-respiratória* foi considerada como sendo o mais correcto critério declara-

⁸ L. CARVALHO FERNANDES, cit., 30.

⁹ Sobre o estatuto jurídico do cadáver: MANUEL GOMES DA SILVA, Esboço de uma concepção personalista do Direito, separata da RFDUL, XVII, 1965, e, do mesmo Autor, como relator, cfr. ainda o Parecer da Câmara Corporativa n.º 14/VIII (Colheita de órgãos e tecidos nos cadáveres), in Câmara Corporativa (Pareceres), VIII Legislatura, ano de 1963, II, Lisboa, 1964.

¹⁰ Retenha-se, a título de exemplo, como se refere que “a qualidade de pessoa para efeito do tipo de ilícito objectivo do homicídio termina com a morte: o cadáver não é mais pessoa para este efeito”, Anotação de J. FIGUEIREDO DIAS, artigo 131/CP, Comentário Conimbricense do Código Penal, Coimbra Editora, 1999, § 14, 9.

¹¹ Os contos de EDGAR ALLAN POE geraram inclusivamente uma onda de tafofobia.

tivo do *fim* da vida humana¹². A *vitalidade* surgia, no âmbito deste critério, associada directamente aos sistemas cárdio-circulatório e respiratório. Para estes sistemas, são centrais o coração, e, de outra banda, os músculos da respiração, *i.e.*, o diafragma, os músculos intercostais externos, os abdominais e os músculos intercostais internos, de cuja actividade coordenada depende o processo respiratório.

Pondo de forma muito rudimentar – e necessariamente incompleta –, mais diremos que convirá ainda apontar o seguinte dado: tanto o sistema circulatório como o sistema respiratório actuam de forma semelhante em ordem a manter o movimento circulatório do oxigénio e do sangue, que alimentam o processo metabólico, permitindo o funcionamento do corpo humano¹³. Com efeito, em ambos os sistemas, oxigénio e sangue, consoante o caso, circulam por força da contracção de músculos: do coração, no caso do sistema circulatório, e dos demais músculos acima referidos, no caso do sistema respiratório. Entendia-se, por esse motivo, que a falência dos sistemas circulatórios do oxigénio e do sangue indiciariam, com segurança, a cessação da *fonte* da vida humana. É notória a base biológica desta tese sobre a ideia de morte.

¹² FERNANDO PITA/CÁTIA CARMONA, Morte cerebral, in Acta Médica Portuguesa, 2004 [17], 72.

¹³ Não obstante esta semelhança, verifica-se uma dissemelhança muito relevante. Com efeito, vem sendo referido, na doutrina médica, que o sistema respiratório estará directamente relacionado com o tronco encefálico, ditando estes os necessários sinais para que os «músculos da respiração» saibam quando contrair e, por isso, actuar de forma coordenada e eficaz. O mesmo não sucederá com o coração, dado que lhe é apontada uma capacidade «autónoma e inerente» de contracção muscular. Estas considerações baseiam-se no capítulo «The clinical presentation and pathophysiology of total brain failure» do The President's Council on Bioethics, Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President's Council on Bioethics, Washington, D.C., January 2009, 21-45.

b) A influência das técnicas de reanimação e de suporte da vida: o «coma dépassé»

I – Porém, sobretudo na segunda metade do século XX, o **problema declarativo da morte conheceu novos dados**. Isto porque, por força de avanços científicos, em especial do progresso no domínio das técnicas de reanimação, passou a ser possível restabelecer e manter os referidos movimentos circulatórios, tanto do oxigénio como do sangue. Com efeito, com o apoio de novos equipamentos, como o ventilador mecânico e o *pacemaker*, a função respiratória e a função circulatória sanguínea passaram a poder ser mantidas através de suportes *não naturais*. Tal avanço proporcionou novas oportunidades para fazer actuar processos terapêuticos, honrando-se o juramento de Hipócrates.

Sucedede, porém, que a aplicação destas novas técnicas de *reanimação* e de *suporte não natural* da vida humana contribuíram igualmente, em alguns casos, para o aparecimento de um novo tipo de *estado* na vida das pessoas. Este veio a ser apelidado por MOLLARET/GOULON como estado clínico de «*coma dépassé*». Com efeito, especialmente nos casos envolvendo lesões cerebrais, a aplicação das referidas técnicas de reanimação, possibilitando depois o recurso a técnicas ordenadas a suportar a *vida humana*, nem sempre conduziram à inversão da situação clínica daquelas pessoas. Assim, aquelas permaneciam num estado de «*coma dépassé*», o qual era reconduzido por MOLLARET/GOULON ao quadro clínico que se traduz na *abolição total das funções da vida de relação* e na *abolição igualmente total das funções da vida vegetativa*¹⁴.

Neste plano, agudizou-se a problemática da declaração da morte, dado que o suporte artificial do corpo humano, para alguns, estaria a falsificar a existência de vida. Surgia um problema novo. Os indícios

¹⁴ Sobre este estado, com maior precisão, cfr. P. MOLLARET/M. GOULON, Le coma dépassé. Memoire préliminaire, Revue Neurologique, 101^o, 1959, 3-15.

de vitalidade – o funcionamento dos sistemas circulatórios – resultariam, em linha recta, do referido suporte artificial.

II – Esta nova situação determinou igualmente, quase de imediato, a necessidade de reflectir sobre aquele *tipo de estado* da vida humana. Entraram em campo elementos de ponderação como o da *racionalidade* na aplicação de meios hospitalares e o da eventual *futilidade* da manutenção das técnicas de suporte da vida. Por outro lado, começava a avultar a utilidade/funcionalidade do estado de «*coma depassé*», agora perspectivado no plano da colheita de órgãos vitais.

Com efeito, o avolumar de casos de «*coma depassé*», como directa consequência da aplicação das novas técnicas e da impossibilidade de sucesso terapêutico, confrontou as unidades hospitalares com a crescente ocupação de instalações, a utilização de equipamentos e a afectação de equipas hospitalares. De outra banda, a emergente *descoberta* dos transplantes requeria órgãos em estado *transplantável*.

Aliás, supomos que não cometeremos um erro se dissermos que o que muito contribuiu para o que viria mais tarde a suceder foi precisamente o *despertar* das consciências para um facto muito relevante: **a possibilidade de colher os órgãos vitais** da pessoa em estado de «*coma depassé*». Com efeito, este novo estado, em tese, permitiria a manutenção óptima daqueles órgãos.

III – Estavam, assim, criadas todas as condições para o que depois sucederia e está já historicamente muito documentado: *a corrida do primeiro transplante de coração*¹⁵.

Foi precisamente neste contexto que, no dia 3 de Dezembro de 1967, na África do Sul, CHRISTIAN BARNARD promoveu a realização

¹⁵ Historiando a competição entre cirurgiões: DONALD McRAE, *Every Second Counts: The Race to Transplant the First Human Heart*, Berkley Trade, 2007.

do primeiro – pelo menos, o primeiro a ser conhecido – transplante cardíaco da história da medicina. Tal intervenção provocou múltiplas reacções positivas e negativas, consoante o prisma de análise¹⁶. Mais: apenas três dias depois, no dia 6 de Dezembro de 1967, KANTROWITZ¹⁷, nos Estados Unidos da América, removia o coração a um recém-nascido, a quem diagnosticara o estado de «*coma depassé*», e implantava-o noutra recém-nascido, apenas com dezanove dias de vida, que padecia de uma doença cardíaca fatal. O transplante falhou, tendo o receptor sobrevivido apenas seis horas¹⁸. No entanto, a caixa de Pandora fora aberta.

c) A alteração do critério declarativo, o «Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death»

I – Com efeito, coincidência ou não, supomos que depende igualmente do prisma de análise, decorrido apenas um mês sobre a execução dos referidos transplantes, foi constituído o «*Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*». Seria esta a comissão que viria a elaborar o célebre e influente «*Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*, publicado no dia

¹⁶ JOHAN G. BRINK/DAVID K.C. COOPER, *Heart Transplantation: The Contributions of Christian Barnard and the University of Cape Town/Groote Schuur Hospital*, *Journal World Journal of Surgery*, vol. 29, 8, 2005, 953–961.

¹⁷ Relato pelo próprio, trinta anos depois: A. KANTROWITZ, *America's first human heart transplantation: the concept, the planning, and the furor*, *American Society for Artificial Internal Organs Journal*, 1998/44, 244-252.

¹⁸ A história foi objecto de ampla divulgação: «*Heart Transplant Fails to Save 2-Week-old Baby in Brooklyn*», *The New York Times*, 07.12.1967 (acessível em <http://www.nytimes.com/>). Convirá referir que, neste período, os transplantes estavam ainda no plano experimental, uma vez que a não rejeição dos órgãos transplantados só mais tarde começou a verificar-se em maior número, por força da introdução e da aplicação da ciclosporina, determinante para o sucesso daqueles, dado o seu efeito imunossupressor.

5 de Agosto de 1968¹⁹. Nele se propunha, pela primeira vez, que o estado de «*coma irreversível*» fosse adoptado como critério declarativo do fim da vida humana, abandonando-se o critério tradicional.

Registe-se que, sendo o «*coma irreversível*» reconduzido ao conceito de «*coma depassé*», tal significava que pessoas anteriormente consideradas vivas, por força da aceitação e aplicação do novo critério proposto naquele relatório, deveriam passar a ser consideradas mortas, tornando-se possível a colheita de órgãos vitais, mas agora «*ex cadaver*»²⁰. Propunha-se, portanto, uma mudança de critério de qualificação, com implicações mais do que evidentes.

II – Em suma, uma pessoa anteriormente considerada viva, por força da associação dedutiva do «*coma depassé*» [agora chamado «*irreversible coma*»] à morte daquela pessoa, deveria agora ser considerada como cadáver.

Como refere PAOLO BECCHI, com «*una aparentemente piccola trasformazione (...) era in realtà intervenuto un cambiamento epocale. (...) La medesima condizione clinica, che prima indicava una prognosi infausta, diventava ora una diagnosi di morte (...). Invece di chiedersi che cosa fare di pazienti (...) si decise di definirli morti già in quella condizione*»²¹.

Neste plano, cumpre sublinhar que o próprio «*Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School*» reconheceu expressamente o seguinte: a sua *proposta* de alteração do critério declarativo jus-

¹⁹ Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death, *Journal of the American Medical Association*, 1968, 205 (6), 337-340.

²⁰ O novo conceito de morte passava a depender, portanto, da inexistência de vitalidade neurológica, sendo necessário verificar-se a «ausência de actividade eléctrica confirmada por electroencefalograma» para ser declarada a morte encefálica (cérebro e tronco cerebral): CRISTINA LIMA, Do conceito ao diagnóstico de morte: controvérsias e dilemas éticos, *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, vol.12/ n.º 1, 2005, 7.

²¹ PAOLO BECCHI, Morte cerebrale e trapianto di organi – una questione di ética giuridica, *Morcelliana*, 2008, 15-16.

tificava-se, entre outras razões, pela necessária racionalidade dos meios hospitalares, e porque os outros critérios declarativos, agora qualificados como «*obsoletos*», poderiam gerar *controvérsia* (que devia ser evitada) quanto à colheita de órgãos para a realização de transplantes²².

d) A crítica de Hans Jonas e a incompletude do «sistema declarativo da morte»

I – Esta proposta de mudança do critério declarativo, como seria expectável, convocou e tem convocado, cada vez mais, a detença de muitos. Entre outros, merece destaque HANS JONAS. Este Autor, no seu artigo «*Philosophical reflections on experimenting with human subjects*», publicado logo em 1969, sustentou que aquela proposta de critério declarativo apenas não suscitaria grandes objecções se fosse correctamente enquadrada. Com efeito, aquele novo critério teria de ser funcionalmente colocado no plano da determinação da *licitude* da cessação da prestação de cuidados médicos. A sua função, para HANS JONAS, deveria apenas situar-se na delimitação da fronteira a partir da qual se tornaria *lícita* a interrupção de cuidados médicos. Permitir-se-ia assim desonerar médicos e demais responsáveis clínicos de qualquer tipo de responsabilidade relativa à decisão de cessar a administração daqueles cuidados.

²²Com efeito, o «Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School» afirmou expressamente que «our primary purpose is to define irreversible coma as a new criterion for death. There are two reasons why there is need for a definition: (1) Improvements in resuscitative and supportive measures have led to increased efforts to save those who are desperately injured. Sometimes these efforts have only partial success so that the result is an individual whose heart continues to beat but whose brain is irreversibly damaged. The burden is great on patients who suffer permanent loss of intellect, on their families, on the hospitals, and on those in need of hospital beds already occupied by these comatose patients. (2) Obsolete criteria for the definition of death can lead to controversy in obtaining organs for transplantation», Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death, *Journal of the American Medical Association*, 1968, 205 (6), 337.

Porém, HANS JONAS, conhecedor da sucessão dos factos acima relatados, nomeadamente da célebre *corrida do transplante do coração*, e tendo presente as razões expressamente enunciadas pelo «*Ad Hoc Committee*», sublinhou claramente que o conceito de «*brain death*», antecipando o *momento processual declarativo* da morte, estaria ordenado, afinal, a servir outros propósitos: a colheita de órgãos²³.

Nestes termos, para HANS JONAS, aquele novo *critério declarativo* teria sido pensado não para permitir determinar *licitamente* a cessação de cuidados médicos, mas para ser possível requalificar a *pessoa viva*. Segundo o novo critério, essa pessoa passaria ao *estado de cadáver*, propiciando-se a colheita dos seus órgãos vitais.

Dir-se-á que, para esta maneira de interpretar os factos históricos, estaríamos perante uma manipulação conceptual, funcionalizando-se o critério declarativo em ordem a tornar possível qualificar a (*anteriormente*) pessoa viva em (*agora*) cadáver. Essa pessoa perderia, por efeito de uma manipulação qualificativa, os direitos que lhe assistiriam por força dos princípios da inviolabilidade da vida humana e da dignidade da pessoa humana, hoje reconhecidos como a base da axiologia do sistema jurídico nacional²⁴.

II – Acrescendo às dúvidas de HANS JONAS, que nos parece ter sublinhado certamente a manipulação funcional do critério declarativo, outro aspecto colocava em crise o critério então proposto.

²³ Nas suas palavras, «a disquietingly contradictory purpose is combined with this purpose in the quest for a new definition of death, in the will to advance the moment of declaring him dead: permission not to turn off the respirator, but, on the contrary, to keep it on and thereby maintain the body in a state of what would have been «life» by the older definition (but is only a “simulacrum” of life by the new)—so as to get at his organs and tissues under the ideal conditions of what would previously have been “vivisection”», HANS JONAS, *Philosophical Reflections on Experimenting with Human Subjects*, *Deadalus: Journal of America Academy of Arts and Sciences*, 98(2), 1969, 243-244.

²⁴ Por todos, *in totum*, PAULO OTERO, *Instituições políticas e constitucionais*, I, Almedina, 2007.

Faltava ainda apurar o mais importante: qual a razão substancial que permitiria declarar a morte de uma pessoa quando se verificassem lesões encefálicas irreversíveis? Como chegamos a essa conclusão? Quais as premissas que a permitem demonstrar?

Não nos parece ser muito difícil de aceitar que o debate da *morte* tem de ter sempre um referencial: um padrão de vitalidade humana. Só depois poderemos edificar coerentemente o *sistema declarativo da morte*.

III – Assim, no plano da teorização relativa ao *sistema declarativo da morte*, cumpre perguntar: é de aceitar um critério declarativo de morte com base estritamente biológica?

Não respondendo positivamente à pergunta agora formulada, deveremos então optar por um critério filosófico, religioso ou sociológico, exigindo, por exemplo, capacidade de consciência ou capacidade de interagir socialmente com o mundo externo? Se for este último caminho, como encontrar o necessário e o legítimo consenso para a aplicação desse critério sociológico? Quais os seus limites?

Nada disto, porém, ficou resolvido ou sequer foi problematizado: como refere PAOLO BECHI, o «*Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School*» limitou-se a indicar um novo critério declarativo de morte. No entanto, não enunciou quais os pressupostos que permitiriam associar dedutivamente *lesões encefálicas irreversíveis* à morte de uma pessoa. Faltou, portanto, enunciar a razão (biológica? sociológica? outra?) que permitia (ou não) legitimar aquela dedução²⁵. Assim, tudo surgiu de modo conclusivo, carecendo de premissas fundamentadoras.

²⁵ PAOLO BECHI, *Morte cerebrale e trapianto di organi – una questione de ética giuridica*, *Morcelliana*, 2008, 19.

e) A necessidade de enquadramento referencial: James Bernat, a teoria do «organismo como um todo» e o critério da «morte cerebral total»

I – Por isso mesmo, um novo debate se abriu: o que permitiria, afinal, concluir que a entrada num estado de «*coma dépassé*» seria suficiente para *declarar* alguém como estando morto?²⁶ Qual seria, afinal, o referencial para aferir a vitalidade humana?

A resposta a esta pergunta tem vindo a merecer múltiplas e distintas formulações, que são irreproduzíveis num texto jurídico²⁷.

Mas sempre se dirá que uma relevante tentativa de resposta foi ensaiada por JAMES BERNAT²⁸, propondo este Autor, seguindo uma matriz *biológica*, que a *vida* fosse associada à ideia de *organismo como um todo*. Para este Autor, o *organismo* deixaria de existir como *um todo* quando deixasse de *existir* uma *coordenação integrada e espontânea* do corpo humano. Tal descoordenação, segundo JAMES BERNAT, ocorre quando cessa a actividade encefálica. Por isso, propôs como critério declarativo o critério da *morte cerebral total* («*whole brain death*»)²⁹.

²⁶ Admite-se, por comodidade expositiva, tratar-se de um diagnóstico, sendo possível encontrar opiniões no sentido de se tratar, pelo contrário, de um prognóstico.

²⁷ Noutro plano menos complexo, quanto aos critérios de diagnóstico de morte cerebral, em 1978, era já possível contar cerca de trinta diferentes conjuntos de critérios. Estão sumariados em PETER BLACK, *Brain death*, *New England Journal of Medicine*, Boston, vol. 299, 1978, 338-344.

²⁸ JAMES BERNAT, *On the Definition and Criterion of Death*, *Annals of Internal Medicine* XCIV/3 (1981), 389-94.

²⁹ Procurando justificar o critério da «morte cerebral total», BERNAT/CULVER/GERT referem que «this criterion [whole brain death] is perfectly correlated with the permanent cessation of functioning of the organism as a whole because the brain is necessary for the functioning of the organism as a whole. It integrates, generates, interrelates, and controls complex bodily activities. A patient on a ventilator with a totally destroyed brain is merely a group of artificially maintained subsystems since the organism as a whole has ceased to function», J. L. BERNAT/C. M. CULVER/B. GERT, *On the Definition and Criterion of Death*, *Annals of Internal Medicine*, 94/3 (1981), 391.

II – Por esta via, estaria solucionado o *problema* criado pela aplicação das técnicas de reanimação e de suporte da vida. A vitalidade (agora) deixaria de ser *revelada* directamente pelo mero funcionamento dos sistemas circulatórios, dado que estes poderiam funcionar *artificialmente*. Passaria, então, a ser revelada pela *existência* de *integração somática*, *i.e.*, pela ideia de «*organismo como um todo*». Estava encontrada a razão que permitiria considerar justificado o *novo critério*.

Aquilo que surgira anteriormente, pela mão do «*Ad Hoc Committee*», apenas como um mero *critério*, recebia, por esta via, enquadramento teórico, tomando como referência um novo padrão de vitalidade: o «*organismo como um todo*».

III – Importa ainda sublinhar a extrema relevância *institucional* da teoria do «*organismo como um todo*». Com efeito, esta teoria foi acolhida nos trabalhos da histórica «*President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research*»³⁰.

A criação desta *comissão presidencial*, em 1980, resultou directamente de, nos Estados Unidos da América, posteriormente à publicação do relatório do «*Ad Hoc Committee*» de Harvard, os vários Estados federados terem adoptado posições dissemelhantes quanto ao *critério declarativo* a adoptar. Com efeito, alguns desses Estados optaram pelo *novo critério* proposto e outros decidiram-se pela manutenção do critério tradicional; por último, outros deixaram a questão em aberto, cabendo à Jurisprudência (decisões dos Tribunais), por vezes, *fixar* as regras aplicáveis.

Por isso mesmo, aquela comissão presidencial deveria analisar os *progressos* científicos biomédicos, com o propósito de *harmonizar e unificar* critérios que permitissem *declarar* a morte das

³⁰ Relatórios disponíveis em http://www.bioethics.gov/reports/past_commissions/index.html.

pessoas, de acordo com um só padrão declarativo válido em todo o território norte-americano. Havia que encontrar urgentemente um critério uniforme e estável.

Nesse contexto, como acima referido, a teoria do «*organismo como um todo*» recebeu largo apoio na «*President's Commission*». Esta, num relatório com cerca de duas centenas de páginas, considerou que a morte ocorreria quando «*the body's physiological system ceases to constitute an integrated whole. Even if life continues in individual cells or organs, life of the organism as a whole requires complex integration, and without the latter, a person cannot properly be regarded as alive*»³¹.

IV – Cumpre referir um ponto adicional: para esta tese do «*organismo como um todo*», a importância do encéfalo estaria confirmada, nomeadamente, pelo facto de se ter descoberto que os músculos da respiração efectuam os seus movimentos de contracção após a recepção de um sinal por aquele emitido. Assim, o encéfalo representaria, para esta nova construção, um *elemento central* no processo de verificação da capacidade respiratória *espontânea*.

Com efeito, se por força dos ventiladores mecânicos era impossível verificar se a pessoa tinha ou não real capacidade respiratória autónoma e espontânea, depois daquela descoberta, sabendo-se então que a função respiratória dependerá igualmente da actividade encefálica, bastaria verificar se o encéfalo estaria (ou não) a processar correctamente os seus mecanismos de coordenação respiratória.

Por outro lado ainda, dado que o coração necessita de oxigénio para funcionar, tal verificação seria igualmente válida para aferir se existia, por via indirecta, a capacidade cardíaca necessária à manutenção do sistema de circulação sanguínea.

³¹ Defining Death: A Report on the Medical, Legal and Ethical Issues in the Determination of Death (President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research), 1981, 33. (http://www.bioethics.gov/reports/past_commissions/defining_death.pdf).

Estava, portanto, encontrado o critério declarativo – *estado de morte cerebral total*: «*all functions of entire brain*» – que permitiria, por via indirecta, verificar o funcionamento dos sistemas que, mesmo no modelo anterior, serviam de base à declaração de morte. Estes, agora, seriam testados indirectamente.

Com efeito, se no anterior sistema declarativo, os testes efectuados estavam ordenados a verificar concretamente, e de forma directa, o estado dos sistemas circulatórios, já com o novo critério declarativo, os referidos sistemas seriam testados de forma indirecta («*second window*»), *i.e.*, através da verificação da ausência de actividade encefálica.

V – Por isso mesmo, a «*President's Commission*» reconheceu que apenas nos casos em que se verificasse a utilização de ventiladores ou outras técnicas de suporte da vida humana – e apenas nesses – deveria ser aplicado o *novo critério declarativo*, mantendo-se como *critério principal*, para os demais casos, a clássica cessação cárdio-respiratória.

Assim, apenas nos casos de suporte *artificial* da vida humana, de acordo com o estabelecido pela «*President's Commission*», se justificaria, então, recorrer ao critério da *morte cerebral total*. Este foi (e continua a ser) perspectivado como um *critério declarativo especial* («*second window*») e não como um *critério declarativo geral* («*first window*»).

Esta teoria foi aprovada pela *American Medical Association*, pela *American Bar Association* e pela *National Conference of Commissioners on Uniform State Laws*. Por força desta generalizada aprovação, a teoria do «*organismo como um todo*», com os exactos contornos acima descritos, foi então acolhida no «*Uniform Determination of Death Act*», aprovado em 1981, passando neste a estabelecer-se o critério que ainda hoje vigora nos Estados Unidos da América: «§1. [*Determination of Death*] An individual who has sustained either (1) irreversible cessation of circulatory and respiratory

*functions, or (2) irreversible cessation of all functions of the entire brain, including the brain stem, is dead. A determination of death must be made in accordance with accepted medical standards»*³²

Registe-se, com muito interesse, como o critério declarativo tradicional não foi abolido, ao contrário do que sucede com o direito português vigente. Com efeito, mantém-se ainda hoje em vigor, nos Estados Unidos da América, um *critério declarativo principal*, correspondente ao *critério tradicional* da cessação irreversível da função cárdio-respiratória, associado a um *critério declarativo especial*, correspondente ao critério da *morte cerebral total*.

f) A não homogeneidade do critério declarativo na teoria do «organismo como um todo»: a teoria de Christopher Pallis e o critério do tronco encefálico.

I – Neste plano, com extrema relevância para sindicar o caso português, como adiante se verá, importa referir que no Reino Unido também foi acolhida a teoria do «*organismo como um todo*». Mas com uma relevante modificação quanto ao critério declarativo. Optou-se por abandonar o critério da «*morte cerebral total*», elegendo-se o critério da «*morte do tronco encefálico*»³³.

Isto porque, com o apoio de documentos e de linhas de orientação de associações médicas, de 1976³⁴, de 1979³⁵ e de 1995³⁶, vingou a tese de que a verificação da «*irreversível ausência de reflexos*

³² <http://www.law.upenn.edu/bll/archives/ulc/fnact99/1980s/udda80.pdf>.

³³ Que, como se sabe, é também o critério acolhido no direito português.

³⁴ Conference of Medical Royal Colleges and their Faculties in the United Kingdom, Diagnosis of brain death, British Medical Journal, 2, 1976, 1187-1188.

³⁵ Conference of Medical Royal Colleges and their Faculties in the United Kingdom, Diagnosis of death, British Medical Journal, 1, 1979, 261-262.

³⁶ Working Group of the Royal College of Physicians, Criteria for the diagnosis of brain stem death, Review by a Working Group convened by the Royal College of Physicians and endorsed by the Conference of Medical Royal Colleges and their Faculties in the United Kingdom, Journal of the Royal College of Physicians, 29, 1995, 381-382.

do tronco encefálico» seria um *indício* suficientemente forte para declarar a morte de uma pessoa, não sendo necessário confirmar a «*morte cerebral total*».

II – Diremos que o critério da morte do *tronco encefálico* representa, nesta acepção, a valorização desta específica estrutura encefálica no que respeita às demais estruturas que geram actividade encefálica. Assume-se que a falência daquela estrutura ditará, a curto prazo, a deterioração de todo o encéfalo. Neste plano, cremos que o critério da morte do *tronco encefálico* surgiu mais como um *prognóstico* do que como um *diagnóstico*. O encéfalo encerraria, em si, o *sistema crítico* do organismo como um todo e, por sua vez, o tronco encefálico encerraria, em si, o *sistema crítico* do encéfalo. Desta forma, verificada a falência deste, as consequências destrutivas globais seriam inevitáveis³⁷.

III – Parece-nos ainda ser essencial, para compreensão desta teoria, reter que, para CHRISTOPHER PALLIS, a quem é atribuída, com propriedade, a paternidade do critério da morte do tronco encefálico³⁸, a *ideia* de morte da pessoa traduz-se na perda *irreversível* da «*capacidade de consciência*» e da «*capacidade respiratória espontânea*». Essa perda será confirmável, segundo aquele Autor, precisamente através da avaliação do estado do tronco encefálico, tendo em especial consideração a importância deste na coordenação do processo respiratório.

Esta tese aditaria, porém, novos dados ao padrão de referência da vitalidade humana. Com efeito, pronunciando-se sobre o *fundamento* que justificaria a eleição deste *critério declarativo*, PALLIS amparou-se no «*contexto sociológico*» dos conceitos de vida e de

³⁷ PAOLO BECCHI, Morte cerebrale e trapianto di organi – una questione de ética giuridica, Morcelliana, 2008, 27.

³⁸ CHRISTOPHER PALLIS, ABC of brain stem death. Reappraising death, British Medical Journal, 1982 (285), 1409-1412.

morte vigentes nas sociedades judaico-cristãs, nas quais, segundo PALLIS, se associa a ideia de vida à *capacidade de consciência* e à *capacidade respiratória*³⁹.

Desta forma, apesar da recepção da teoria do «*organismo como um todo*», PALLIS introduzia novos elementos na sua construção, aceite no Reino Unido, já não estritamente *biológicos*, mas também *sociológicos*.

Ademais, seguindo as primeiras linhas da sua reflexão de 1982, mas agora em 1996⁴⁰, PALLIS/HARLEY dirão que a morte do tronco encefálico será o «*ponto sem retorno*» no *processo* de morte. Para estes Autores, a *verificação da falência do tronco encefálico* seria suficiente para *declarar* a morte de uma *pessoa*, dado que, com a morte do tronco encefálico, num curto espaço temporal, desenvolver-se-ia um quadro de *assistolia (insuficiência cardíaca global)*.

IV – Cumpre ainda referir que esta tese de PALLIS e o critério declarativo vigente no Reino Unido – e, por maioria de razão, também o critério vigente em Portugal – foram recentemente analisados pelo *President’s Council on Bioethics*, tendo esta comissão concluído que: «*the UK standard follows Pallis in accepting “death of the brainstem,” [tronco encefálico] rather than total brain failure, as a sufficient criterion for declaring a patient dead. Such a reduction, in addition to being conceptually suspect, is clinically dangerous because it suggests that the confirmatory tests that go beyond the*

³⁹ Nas suas palavras: «the single matrix in which my definition is embedded is a sociological one, namely Judeo-Christian culture... The “loss of the capacity for consciousness” is much the same as the “departure of the conscious soul from the body,” just as “the loss of the capacity to breathe” is much the same as the “loss of the breath of life.”, CHRISTOPHER PALLIS, *On the Brainstem Criterion of Death*, integrado no volume «*The Definition of Death: Contemporary Controversies*, (org. S. J. YOUNGNER/R. M. ARNOLD/R. SCHAPIRO), The Johns Hopkins University Press, 1999, 93-100, 96.

⁴⁰ CHRISTOPHER PALLIS/D. HARLEY, *ABC of Brainstem Death*, (2ª edição), BMJ Publishing Group, 1996, 29-31.

bedside checks for apnea and brainstem reflexes are simply superfluous»⁴¹.

De facto, a referida comissão sublinhou que a *base científica* deste critério tem sido validamente colocada em causa e que a *natureza* da proposta de PALLIS torna difícil a sua aceitação, por força da sua acentuada «*dependence on a particular culture*»⁴².

g) A crítica aos critérios declarativos da morte cerebral total e da morte do tronco encefálico: os argumentos de Allan Shewmon e a dimensão global da integração somática.

I – Por outro lado, num plano mais abrangente e crítico de tudo o que vem sendo relatado, julgamos ser essencial salientar que estes novos critérios, tanto o da *morte cerebral total* como o da *morte do tronco encefálico*, foram recentemente alvo da atenção de ALLAN SHEWMON, reconhecido e cientificamente influente neurologista norte-americano.

Com efeito, ALLAN SHEWMON, no seu artigo «*Recovery from Brain Death: a neurologist’s apologia*»⁴³, invertendo as suas anteriores convicções, contestou a ideia de que o estado de morte cerebral provocará, num curto espaço de tempo, um quadro de *assistolia*. Foi também por si rejeitada a ideia de que aquela implicará a *perda* da

⁴¹ Esta tese foi recentemente analisada pelo *President’s Council on Bioethics*, tendo concluído que: «the UK standard follows Pallis in accepting “death of the brainstem,” rather than total brain failure, as a sufficient criterion for declaring a patient dead. Such a reduction, in addition to being conceptually suspect, is clinically dangerous because it suggests that the confirmatory tests that go beyond the bedside checks for apnea and brainstem reflexes are simply superfluous», *The President’s Council on Bioethics, Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President’s Council on Bioethics, Washington, D.C., January 2009*, 66.

⁴² *The President’s Council on Bioethics, Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President’s Council on Bioethics, Washington, D.C., January 2009*, 66.

⁴³ ALAN SHEWMON, *Recovery from ‘Brain Death’: A Neurologist’s Apologia*,” *Lincro Quarterly* 64, 1997, 30-96.

capacidade de consciência e a da *capacidade respiratória*. Desta forma, afrontou directamente os *pressupostos base* do critério declarativo baseado na *morte do tronco encefálico*, nos termos da qual a morte corresponde à perda irreversível da consciência, associada à perda da respiração, provocando inevitavelmente um quadro de assistolia.

II – De outra banda, agora afrontando o *critério da morte cerebral total*, SHEWMON entende que inexistente, no actual estado do conhecimento biomédico, a capacidade de determinar se a integração somática cessa por força da cessação da actividade encefálica.

Com efeito, através da análise de vários casos por si documentados, SHEWMON refere ter sido possível verificar que, mesmo em situações que seriam reconduzíveis ao conceito de *morte cerebral total*, continuam a verificar-se múltiplos indícios de *integração somática*⁴⁴.

Destacam-se, entre outras: (i) a homeostase⁴⁵, (ii) a capacidade de manutenção da temperatura do corpo, (iii) o combate a infecções, (iv) o desenvolvimento corporal (crescimento proporcional e maturação de órgãos), (v) a reacção febril a estados infecciosos, (vi) a drenagem de resíduos celulares, (vii) a cura de feridas, (viii) a capacidade de gestação, no caso de doentes do sexo feminino, (ix) e

⁴⁴ Listadas em ALLAN SHEWMON, “The Brain and Somatic Integration: Insights into the Standard Biological Rationale for Equating ‘Brain Death’ with Death,” 457-78, 467.

⁴⁵ Concretamente, «Homeostasis of a countless variety of mutually interacting chemicals, macromolecules and physiological parameters, through the functions especially of liver, kidneys, cardiovascular and endocrine systems, but also of other organs and tissues (e.g., intestines, bone and skin in calcium metabolism; cardiac atrial natriuretic factor affecting the renal secretion of renin, which regulates blood pressure by acting on vascular smooth muscle; etc.)», ALLAN SHEWMON, “The Brain and Somatic Integration: Insights into the Standard Biological Rationale for Equating ‘Brain Death’ with Death,” 467.

as reacções cardiovasculares e hormonais quando se realizam as incisões para a retirada de órgãos⁴⁶.

III – Neste contexto crítico e de forma muito impressiva, num artigo publicado em 1998⁴⁷, ALLAN SHEWMON ilustrou a sua crítica com vários casos de sobrevivência ao estado de morte cerebral. Para o efeito, referiu mais de uma centena de casos documentados de pessoas que sobreviveram, após preencherem os critérios de morte cerebral, vários meses e até mesmo vários anos. É já célebre caso do doente TK, dado ter sobrevivido cerca de vinte anos, sem que se tenha verificado um quadro de assistolia.

Para ALLAN SHEWMON, estes dados colocam irremediavelmente em causa a tese de que o encéfalo⁴⁸ seja o «integrador central» e, por maioria de razão, que o seja o tronco encefálico. Com efeito, segundo este Autor, a coordenação do «organismo como um todo» não pode ser imputada a um específico órgão, pelo que ao encéfalo não pode ser atribuída essa função.

Isto porque, segundo a sua tese, o *encéfalo* desempenhará, afinal, apenas uma *função de regulação* – e não de integração somática central – de um *sistema de coordenação e integração intrínseco* já existente. Este resultará, afinal, da interacção dos vários órgãos do corpo humano e não apenas de um só órgão ou de uma parte de um órgão.

Assim, determinar a cessão da *existência* do «organismo como um todo» não poderá depender apenas da verificação da falência de um *único* órgão, o encéfalo, e muito menos apenas da verificação da

⁴⁶ Esta situação vem conduzindo à defesa da administração de anestesia ao cadáver.

⁴⁷ ALLAN SHEWMON, Chronic “brain death”: meta-analysis and conceptual consequences. *Neurology* 51/6, 1998, 1538-1545.

⁴⁸ Nele se compreendendo o Telencéfalo ou Cérebro, o Diencefalo (Tálamo e Hipotálamo), o Tronco Encefálico e o Cerebelo.

morte do tronco encefálico⁴⁹. Por tudo isto, SHEWMON rejeita tanto o critério da morte cerebral total, como o critério da morte do tronco encefálico.

h) O relatório «Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President's Council on Bioethics»

I – Esta polemização em torno do critério declarativo de morte (e dos seus pressupostos), na sua versão de *morte cerebral total*, vigente nos Estados Unidos da América – tal como sucede na Itália e na Alemanha –, determinou que o «President's Council on Bioethics» fosse mandatado para realizar uma reflexão destinada a apurar a validade científica e ética das várias teses que foram surgindo sobre este tema. A sua função seria analisar todos os estudos que, ao longo de vários anos, nomeadamente os de ALLAN SHEWMON, vêm colocando em causa o critério declarativo proposto, em 1969, pelo «Ad Hoc Committee», acolhido e desenvolvido, em 1980, pela «President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research», e consagrado, em 1981, no «Uniform Determination of Death Act».

II – Após várias sessões de trabalho, em Dezembro de 2008, o «President's Council on Bioethics» enviou ao Presidente dos Estados Unidos da América um relatório, com cerca de duas centenas de páginas, concluindo que o critério da morte cerebral total tem sido validamente colocado em causa ao longo dos anos. Isto tudo, claro está, não obstante ser possível continuar a defendê-lo (ainda que com outros argumentos).

Mais diremos, neste plano, que as palavras finais daquela comissão definem, de forma cabal, o estado actual do problema de-

⁴⁹ Veja-se, por exemplo, The brain and somatic integration: insights into the standard biological rationale for equating “brain death” with death, *Journal of Medicine and Philosophy* 26.5/2001, 457-478

clarativo da morte: «until now, two facts about the diagnosis of total brain failure have been taken to provide fundamental support for a declaration of death: first, that the body of a patient with this diagnosis is no longer a “somatically integrated whole,” and, second, that the ability of the patient to maintain circulation will cease within a definite span of time. Both of these supposed facts have been persuasively called into question in recent years»⁵⁰. Por tudo o que foi *supra* referido e por outras razões que não cumpre agora reproduzir, o «President's Council on Bioethics» concluiu, em Dezembro de 2008, ser necessário e desejável «to re-examine our ideas and practices concerning the human experience of death in light of new evidence and novel arguments. Undertaken in good faith, such a re-examination is a responsibility incumbent upon all who wish to keep human dignity in focus, especially in the sometimes disorienting context of contemporary medicine»^{51 52 53}. O debate foi, assim, reaberto.

⁵⁰The President's Council on Bioethics, *Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President's Council on Bioethics*, Washington, D.C., January 2009, 90.

⁵¹The President's Council on Bioethics, *Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President's Council on Bioethics*, Washington, D.C., January 2009, 92.

⁵² Pela sua importância, retenha-se ainda a declaração final de Gilbert C. Meilaender, clarificando que o «Council rejects the view that the criteria for determining death should be shaped or determined by our need and desire for transplantable organs. We should not create “legal fictions” or “social agreements” whose aim is less an accurate determination of death than a ready supply of organs. Whatever else human beings may be, they are living bodies, and their death is a biological reality that we need to mark as accurately as we are able», *The President's Council on Bioethics, Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President's Council on Bioethics*, Washington, D.C., January 2009, 125.

⁵³ Refira-se, ainda, que o trauma da associação do conceito declarativo da morte cerebral ao transplante de órgãos, conduziu o «President's Council on Bioethics» a declarar expressamente que a aferição do critério declarativo da morte deve ser autónoma e independente dos problemas suscitados pelo transplante de órgãos, sendo muito pertinente registar as seguintes considerações: «the ethical controversies explored in this report were first raised for the Council during its inquiry into

§ 3. O «problema declarativo da morte» no direito português

a) O critério tradicional

I – No direito português, o *problema declarativo da morte* cruzase historicamente com a legislação relativa ao transplante de órgãos e de tecidos.

Com efeito, em 1964, após profunda reflexão do Professor GOMES DA SILVA⁵⁴, foi publicado o Decreto-Lei n.º 45 683, de 25 de Abril, invocando-se então que «*de há muito que se vem sentindo entre nós com premência crescente a necessidade de utilizar em certas condições os órgãos e tecidos das pessoas falecidas*». Por esse motivo, de acordo com o artigo 1.º do referido diploma, passou a ser «*permitida nos termos do presente decreto-lei a colheita no corpo de pessoa falecida de tecidos ou órgãos de qualquer natureza, nomeadamente ossos, cartilagens, vasos, pele, globos oculares e sangue, quando eles forem necessários para fins terapêuticos ou científicos e essa intervenção, para ser útil, não possa aguardar o decurso do prazo legal de prevenção contra a morte aparente*».

Para o efeito, agora no seu artigo 10.º, mais se previu que «*nenhuma colheita de tecidos ou órgãos se pode efectuar nos termos deste decreto-lei sem que o óbito seja verificado pelo menos por dois*

organ transplantation: as most deceased organ donors have been declared dead on the basis of the neurological standard, questions about its validity have an obvious relevance for organ procurement. The Council concluded that, despite that connection, the two matters—determining death and procuring organs—should be addressed separately. More precisely, questions about the vital status of neurologically injured individuals should be taken up prior to and apart from ethical issues in organ procurement from deceased donors», The President's Council on Bioethics, Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President's Council on Bioethics, Washington, D.C., January 2009, 89.

⁵⁴ Parecer da Câmara Corporativa n.º 14/VIII (Colheita de órgãos e tecidos nos cadáveres), Câmara Corporativa (Pareceres), VIII Legislatura, ano de 1963, II, Lisboa, 1964, cujo relator foi o Professor MANUEL GOMES DA SILVA.

médicos, segundo as regras de semiologia médico-legal que, ouvidos os departamentos oficiais competentes e a Ordem dos Médicos, forem definidas por portaria conjunta dos Ministros da Justiça e da Saúde e Assistência».

II – Assim, dando cumprimento a este artigo, foi publicada a Portaria n.º 20688, de 17 de Julho de 1964, assinada pelos Ministros JOÃO DE MATOS ANTUNES VARELA/FRANCISCO PEREIRA NETO CARVALHO, nela se estabelecendo que «*na verificação de óbito para efeito de colheita, no corpo de pessoa, falecida, de tecidos ou órgãos que forem considerados necessários para os fins do Decreto-Lei n.º 45683, de 25 de Abril de 1964, proceder-se-á, obrigatoriamente, à pesquisa da ausência de oscilações à electrocardiografia e à arteriotomia radial esquerda, podendo esta última ser substituída pela verificação da invisibilidade dos capilares retinianos ou pela tanatognose angiográfica*».

Em 1964, vigorava, portanto, o tradicional *critério declarativo da morte*. As regras agora expostas baseavam-se no reconhecimento da interrupção permanente da função cárdio-respiratória.

b) Introdução do critério declarativo da «morte cerebral»

I – Porém, esta portaria viria a ser revogada pela Portaria n.º 156/71, de 24 de Março de 1971, assinada pelos Ministros MÁRIO JÚLIO DE ALMEIDA COSTA/BALTAZAR REBELO DE SOUSA, introduzindo-se, pela primeira vez em Portugal, o *conceito* de morte cerebral, ainda que tal introdução não tenha ocorrido de forma *expressa*⁵⁵.

No entanto, no preâmbulo dessa portaria, expressamente se refere que «*se, na maioria dos casos, a paragem circulatória caracteriza fielmente a terminação da vida, os progressos verificados*

⁵⁵ J. LOBO ANTUNES/J. LESSEPS DOS REYS, O diagnóstico da morte cerebral, *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*, Tomo CXLIX – Maio/1985, n.º 5, 307-309.

nos últimos anos, nas técnicas de reanimação respiratória e cárdio-circulatória, demonstraram que é possível manter-se a irrigação sanguínea de alguns órgãos e tecidos, mesmo quando o sistema nervoso central sofreu lesões irreversíveis, incompatíveis com a vida humana. Torna-se, pois, necessário determinar com rigor a fase de irreversibilidade das lesões destrutivas sofridas pelo sistema nervoso central dos doentes submetidos a técnicas de reanimação, uma vez que para estes deixou de ser satisfatória a utilização das regras enunciadas naquela portaria para certificação do estado de morte».

II – Realce-se que o fundamento então apresentado, para justificar a introdução do critério declarativo da *morte cerebral*, foi o de que os progressos demonstraram *«que é possível manter-se a irrigação sanguínea de alguns órgãos e tecidos, mesmo quando o sistema nervoso central sofreu lesões irreversíveis»*, considerando esta realidade como *«incompatível com a vida humana»*. Em parte alguma, porém, foi enunciado o que deveria entender-se por *vida humana*.

De outra banda, acentua-se naquela portaria ser *«necessário determinar com rigor a fase de irreversibilidade das lesões destrutivas sofridas pelo sistema nervoso central dos doentes submetidos a técnicas de reanimação»*, afirmando-se ainda que *«uma vez que para estes deixou de ser satisfatória a utilização das regras enunciadas naquela portaria para certificação do estado de morte»*.

Mais se refira que, de acordo com esta nova perspectiva, nos termos do artigo 9.º da referida portaria, *«após a verificação do óbito, segundo as regras mencionadas, podem ser mantidas ou aplicadas ao cadáver técnicas de reanimação, com o fim de se proceder à colheita de órgãos ou tecidos em boas condições»*.

c) A ausência de critério declarativo expresso na reforma de 1976

I – Posteriormente, com o Decreto-lei n.º 553/76, foram revogadas as disposições contidas no Decreto-Lei n.º 45683, de 25 de Abril de 1964 e na Portaria n.º 20688, de 17 de Julho de 1964, e na Portaria n.º 156/71, de 24 de Março, deixando de se fazer referência expressa ao critério da morte cerebral⁵⁶.

Não obstante a *expressa revogação* do critério da morte cerebral, a Procuradoria-Geral da República sustentou que se mantinha em vigor a Portaria n.º 156/71, de 24 de Março, tudo no seguintes termos: *«o conceito de “morte”, constante do Decreto-Lei n 553/76, de 13 de Julho, tem o sentido de morte cerebral (...) Na verificação do óbito para os fins do referido diploma devem seguir-se adequadas regras de semiologia medico legal, nomeadamente - se outras não se mostrarem mais actualizadas - as referidas na Portaria n 156/71,*

⁵⁶ Não obstante a omissão legal da referência à morte cerebral, na doutrina médica, LOBO ANTUNES/LESSEPS DOS REYS, defendiam, em 1985, dando continuidade a posições defendidas em 1975 [J. LOBO ANTUNES, A reanimação prolongada e os critérios de “morte cerebral”. R.P.C.T., 1/6 (1975), 245-254], que *«toda a deontologia médica se alicerça no respeito absoluto da vida e da pessoa do doente. Se bem que o médico tenha a obrigação moral de empregar todos os meios ao seu alcance para salvar a vida do doente, deverá reconhecer, em devido tempo, quando é que esses meios podem, de facto, ser utilizados... Os meios hospitalares de reanimação artificial são escassos e altamente dispendiosos. É obrigação do médico saber geri-los, afectando-os aos doentes em situação grave, mas com possibilidades de recuperação, pois não é moralmente aceitável que esses recursos sejam desperdiçados em acções terapêuticas sem esperança. Uma pessoa será declarada morta quando, segundo critérios estabelecidos, se verifique paragem irreversível das funções respiratórias e circulatória, ou, paragem irreversível da função cerebral, incluindo o tronco cerebral (morte). O diagnóstico de morte cerebral deverá ser considerado quando se observarem as circunstâncias seguintes: o doente encontra-se em coma profundo, tendo sido excluídas como causa do coma, a ingestão de drogas depressoras do sistema nervoso central, hipotermia e alterações endócrinas ou metabólicas: o doente está mantido por ventilação assistida por a respiração espontânea ser inadequada ou ter cessado, sem que tal se pudesse atribuir ao uso de relaxantes musculares ou outras drogas com efeitos depressores sobre os centros respiratórios; quando se tiver apurado que a situação clínica do doente é devida a lesão estrutural irreversível do sistema nervoso central, cuja etiologia foi estabelecida de forma inequívoca»*, J. LOBO ANTUNES/J. LESSEPS DOS REYS, O diagnóstico da morte cerebral, *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*, Tomo CXLIX – Maio/1985, n.º 5, 307-309.

de 24 de Março, *não obstante a sua expressa revogação*»⁵⁷ (*sublinhados nossos*). Tudo isto no quadro constitucional então vigente.

II – Naquele diploma de 1976, refira-se ainda que a colheita de órgãos passou a poder «*fazer-se imediatamente após a morte, a qual terá de ser certificada por dois médicos não pertencentes à equipa que a ela procede [à colheita de órgãos], devendo, pelo menos, um deles ter mais de cinco anos de exercício profissional*» (artigo 1.º), salvo quando «*por qualquer forma, lhes seja dado conhecimento da oposição do falecido*»^{58 59}.

d) A “reintrodução” legal da «morte cerebral» e a Declaração da Ordem dos Médicos: do critério de morte cerebral ao critério da morte do tronco encefálico.

I – Em 1993, o quadro legal que regula os transplantes viria a sofrer relevante alteração, introduzindo-se, *novamente* de forma expressa, o conceito de *morte cerebral*, surgindo agora associado a um *modelo de dissentimento*⁶⁰ (modelo de colheita de órgãos que agrava a adopção legal do conceito de morte cerebral, dado que *presume* o consentimento do dador).

⁵⁷ Parecer da Procuradoria Geral da República n.º 74/85, de 7 de Outubro de 1985: www.dgsi.pt.

⁵⁸ Analisando criticamente este regime, C. SOARES DE BRITO, Colheitas de órgãos e tecidos de pessoas falecidas, com vista à realização de excertos e transplantes: inconstitucionalidade material do artigo 5 do Decreto-Lei 553/76, de 13 de Julho / Carlos Soares de Brito, R.O.A., 48.º, n.1 (Abr.1988), 239-266.

⁵⁹ Dando nota dos vários transplantes de órgãos vitais realizados durante a vigência deste diploma, ALFREDO MOTA, Transplantação de órgãos; Actividade em Portugal e alguns aspectos históricos, *Acção médica* 1996, 60/2, 25-38.

⁶⁰ Passando a ser «considerados como potenciais dadores post mortem todos os cidadãos nacionais e os apátridas e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado junto do Ministério da Saúde a sua qualidade de não dadores», tornando-se irrelevante qualquer oposição transmitida ou conhecida posteriormente. Criticando certamente a solução do dissentimento, cujo sentido acompanhamos, *vide* NUNO PINTO OLIVEIRA, O Direito Geral de Personalidade e a “Solução do Dissentimento”, Coimbra Editora, 2002, *passim*.

Com efeito, no dia 22 de Abril de 1993, foi publicada a Lei n.º 12/93, nos termos qual, por força do seu artigo 12.º, se incumbiu a «*Ordem dos Médicos, ouvido o Conselho Nacional da Ética para as Ciências da Vida, [de] enunciar e manter actualizado, de acordo com os progressos científicos que venham a registar-se, o conjunto de critérios e regras de semiologia médico-legal idóneos para a verificação da morte cerebral*» (*sublinhado nosso*), devendo o «*bastonário (...) comunicar ao Ministério da Saúde o texto aprovado pela Ordem dos Médicos fixando os critérios e regras referidos no número anterior, para publicação na 1.ª série do Diário da República*».

Assim, no dia 1 de Setembro de 1994, foi publicada a *Declaração da Ordem dos Médicos*, prevista no artigo 12.º daquela Lei, que, pela sua importância, aqui se transcreve integralmente:

DECLARAÇÃO DA ORDEM DOS MÉDICOS: CRITÉRIOS DE MORTE CEREBRAL

A certificação de morte cerebral requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral [= *tronco encefálico*] e da sua irreversibilidade.

I . CONDIÇÕES PRÉVIAS: Para o estabelecimento do diagnóstico de morte cerebral é necessário que se verifiquem as seguintes condições: 1) Conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica; 2) Estado de coma com ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos; 3) Ausência de respiração espontânea; 4) Constatação de estabilidade hemodinâmica e da ausência de hipotermia, alterações endócrinometabólicas, agentes depressores do sistema nervoso central e ou de agentes bloqueadores neuromusculares, que possam ser responsabilizados pela supressão das funções referidas nos números anteriores.

II - REGRAS DE SEMIOLOGIA: 1 - O diagnóstico de morte cerebral implica a ausência na totalidade dos seguintes reflexos do tronco cerebral: a) Reflexos fotomotores com pupilas de diâmetro fixo; b)

Reflexos oculocefálicos; c) Reflexos oculovestibulares; d) Reflexos corneopalpebrais; e) Reflexo faríngeo. 2 - A realização da prova de apneia confirmativa da ausência de respiração espontânea.

III – METODOLOGIA: A verificação da morte cerebral requer: 1) Realização de, no mínimo, dois conjuntos de provas com intervalo adequado à situação clínica e à idade; 2) Realização de exames complementares de diagnóstico, sempre que for considerado necessário; 3) A execução das provas de morte cerebral por dois médicos especialistas (em neurologia, neurocirurgia ou com experiência de cuidados intensivos); 4) Nenhum dos médicos que executa as provas poderá pertencer a equipas envolvidas no transplante de órgãos ou tecidos e pelo menos um não deverá pertencer à unidade ou serviço em que o doente esteja internado.

01 de Setembro de 1994 – O Presidente da Ordem dos Médicos, Carlos Alberto de Santana Maia.

II – Daqui resulta, portanto, que, não obstante a Lei n.º 12/93, de dia 22 de Abril de 1993, não se referir expressamente à «*morte cerebral*» como «*morte do tronco encefálico*», a Ordem dos Médicos optou por consagrar esta última como critério base da sua *Declaração*.

Por outro lado, cumpre referir que o *Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida* (doravante, CNECV), tendo apreciado o documento remetido pela Ordem dos Médicos para audição nos termos do mesmo artigo 12.º, entendeu, numa primeira análise, que «*como o problema da morte humana e do seu reconhecimento ultrapassa o campo restrito da colheita de órgãos para transplantação e mesmo os critérios de diagnóstico necessariamente circunstanciais, o Conselho reserva para outra oportunidade o estudo e elaboração de documento sobre a questão da morte cerebral, compreendendo os aspectos susceptíveis de implicações éticas*»⁶¹

⁶¹ Parecer sobre os critérios de verificação da morte cerebral 6/CNE/94, Documentação CNECV, volume II, 1993-1994, 87.

Mais afirmou que «*não compete, no contexto do artigo 12.º, a este Conselho pronunciar-se sobre aspectos estritamente técnico-científicos do texto, sem embargo de lhe parecer que ele não corresponde inteiramente ao que o legislador teve em vista com o citado artigo*». Mais tarde, em face de modificações realizadas pela Ordem dos Médicos, a versão acima transcrita dessa *Declaração* foi objecto da seguinte deliberação do CNECV: «*o texto que agora é apresentado para apreciação ao CNECV pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos corresponde às sugestões constantes do seu anterior Parecer (6/CNE/94), pelo que delibera que nenhumas reservas lhe oferece a nova formulação do Parecer da Ordem*»⁶² (*sublinhado nosso*).

III – Convirá ainda frisar que, por esta altura, existiria um conceito de *morte* para efeito da lei dos transplantes – *morte cerebral* definida pela Ordem dos Médicos como *morte do tronco encefálico* – diverso do critério aplicável nos demais casos⁶³.

Isso mesmo foi reconhecido e considerado como indesejável, anos mais tarde, pela Ministra da Saúde do XIII Governo Constitucional: em debate parlamentar, a referida Ministra afirmou que «*como sabem, (...), consideravam alguns sectores médicos que existiam no País duas formas de morte, o que é impossível e, obviamente, antinatural, sendo por isso indispensável clarificar o conceito de que morte há só uma, apesar de os processos da sua verificação poderem ser diferentes, em função das condições subjacentes. Houve, portanto, uma movimentação por parte de alguns sectores médicos, alertando o Ministério da Saúde para a necessidade de alterar esta*

⁶² Deliberação do CNECV, Documentação CNECV, volume II, 1993-1994, 87.

⁶³ Com efeito, como sublinha SILVA CRUZ, «a principal objecção a este diploma legal [à Lei n.º 12/93, de 22 de Abril] é permitir a dualidade de critérios para o diagnóstico de morte, só se aplicando o conceito de morte cerebral a potenciais dadores de órgãos, para transplantação», MANUEL SILVA CRUZ, *O conceito de morte cerebral numa perspectiva ética*, Dissertação de Mestrado em Bioética e Ética Médica apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2003, 14.

situação, e, assim sendo, foi por mim nomeado um grupo de peritos para se debruçar sobre esta questão»⁶⁴.

IV – Neste contexto, em 1995, o CNECV emitiu um parecer sobre o critério de morte (10/CNECV/95), constatando que «a publicação da Lei sobre transplantes de órgãos (Lei n.º 12/93, de 22 de Abril), que estabelece como critério de morte a “morte cerebral”, e a persistência do critério médico-legal de morte como a paragem definitiva das funções respiratória e circulatória, suscitam apreciável confusão»⁶⁵, alertando para a necessidade de se proceder à uniformização dos critérios declarativos aplicáveis.

Continuando a analisar o parecer 10/CNECV/95, uma vez que neste o CNECV foi bem mais longe na sua reflexão do que fora em 1993, cumpre ainda registar que nele se afirmou que «neste século, no fim dos anos 50, iniciaram-se com a Escola Francesa de Reanimação técnicas de suporte artificial e prolongado da falência de órgãos isolados, ou mesmo “multiórgãos”, o que levou à concepção de “cuidados críticos”. As próteses ventilatórias, a hemodiálise e as massagens, desfibrilação e “pacing” cardíacos, associados à nutrição adequada por via parentérica, passaram a permitir suprir durante certo tempo, muitas vezes prolongado, a disfunção ou mesmo a ausência dessas funções vitais. A concentração dessas técnicas de terapêutica de intervenção e de pessoal adestrado em unidades, designadas de tratamento intensivo ou de reanimação, vieram aumentar o número de doentes em estado crítico, em regra inconscientes, e originaram vários estádios intermediários entre a vida e a morte, que ainda hoje criam problemas éticos complexos. Estes, embora conexos com o critério de morte, vão para além deste, como acontece, por exemplo, com o estado vegetativo, caracterizado por o doente

⁶⁴ Diário da Assembleia da República, 28 de Março de 1998, I Série, Número 54, VII Legislatura, 3ª Sessão Legislativa, (1997-1998), Reunião Plenária de 27 de Março de 1998, 1821.

⁶⁵ Disponível em <http://www.cnecv.gov.pt/>

ter algum grau de consciência, ter autonomia respiratória, mas não exibir as características da personalidade (vontade, linguagem, decisão, etc.), isto é, está “awake but not aware”. Guy Mollaret foi um dos primeiros intensivistas a dar-se conta dos problemas éticos e humanos resultantes da sustentação artificial das “funções vitais” em alguns ou mesmo na maioria dos doentes em estado de irreversibilidade das funções cerebrais. Este estado foi, efectivamente, designado por “Mollaret” como “coma ultrapassado”, e correspondia ao que hoje designamos por “morte cerebral”.

Do agora transcrito, retirou o CNECV que «o facto do início do diálogo ético acerca desta matéria ter precedido em alguns anos as transplantações de órgãos de cadáver, exclui a ideia de que a sua motivação tenha sido a necessidade de aumentar o número de dadores de órgãos», nunca referindo que a associação do «coma de passé» à «morte» foi ensaiada pelo «Ad Hoc Committe» de Harvard, com os propósitos acima já enunciados, bem como que o «coma de passé» tem como análogo a «morte cerebral total» e não a «morte do tronco encefálico».

e) «Morte cerebral total» ou «Morte do tronco encefálico»?

I – De outra banda, o CNECV, no mesmo parecer, referiu ainda que «na avaliação da “morte cerebral” como critério de morte, o único aceitável, levanta-se uma questão: devemos considerar naquele conceito a irreversibilidade das funções do tronco cerebral (que, dado o seu desempenho na recepção, descodificação e integração de aferências internas e externas e na decisão referente para os diferentes órgãos, é essencial à harmonização global do cérebro) ou deve entender-se que se trata da morte de todo o cérebro»? (sublinhado nosso).

Cumpriria, portanto, decidir (?) qual o melhor critério declarativo.

Para o efeito, após referir que «*só as estruturas nele [tronco encefálico] existentes permitem a integração das diferentes funções vitais e permitem, portanto, a unidade e reacção que caracterizam o funcionamento do corpo como um todo*», mais afirmou que «*em indivíduos inconscientes, a disfunção irreversível do tronco cerebral é de avaliação mais rápida, fiável e segura do que a das restantes estruturas, nomeadamente as talâmicas e corticais*»⁶⁶.

Por isso, para o CNECV, «*não é aceitável admitir como critério de morte o mau funcionamento, ou mesmo o não funcionamento (próteses ventilatórias e cardíacas) de órgãos que podem ser substituídos por transplantes*», concluindo que «*a resposta [à pergunta por si anteriormente formulada] é que o critério de morte definido pela irreversibilidade das funções do tronco cerebral deve ser o adoptado*».

II – Ou seja, adoptando-se a teoria de «*funcionamento do corpo como um todo*», entendeu o CNECV que o *funcionamento do todo* seria aferido com recurso ao *tronco encefálico*, ao contrário do que sucede (entre outros) nos Estados Unidos da América, Brasil, França, Espanha, Alemanha, Itália ou Japão, onde se exige a certificação da *morte cerebral total*.

Não obstante, o CNECV argumentou que «*aliás, é hoje praticamente universal o diagnóstico de morte pela verificação da irreversibilidade das actividades do tronco cerebral*» (sublinhados nossos).

Concluiu-se, assim, nesse Parecer, que «*o critério de morte cerebral é a comprovação da cessação irreversível das funções do tronco cerebral*», e, tendo presente a «*confusão*» relativa aos critérios aplicáveis, mais referiu/sugeriu o CNECV que seria «*exigível, no plano ético, que esse critério seja usado univocamente na legislação, e não apenas no respeitante a transplantações*».

⁶⁶ Julgamos, porém, que o que estava em causa não seria comparar o tronco encefálico às restantes estruturas do encéfalo, mas sim comparar o tronco encefálico a todo o encéfalo.

f) A adopção do critério da «morte do tronco encefálico» na reforma de 1999.

I – É fácil de verificar como tinha sido lançado, por parte do CNECV, em 1995, um repto ao legislador: havia que *generalizar* o conceito de «*morte cerebral*», assim previsto na lei dos transplantes de órgãos, mas tal como ele havia sido concretizado pela Ordem dos Médicos, ou seja, como *morte do tronco encefálico*.

No seguimento, no dia 15 de Maio de 1997, o XIII Governo Constitucional aprovou uma proposta de lei, invocando na respectiva *exposição de motivos*, que se pretendia “*no pleno respeito pela vida humana e pela pessoa morta, clarificar os princípios respeitantes à verificação da morte, quer em ambiente hospitalar quer fora deste*”. De outra banda, declarou o então Governo que se propunha tratar “*tão delicada matéria em diploma próprio, separando a temática da verificação da morte da disciplina subjacente à colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana, constante da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril*”.

No dia 20 de Maio de 1997, deu então entrada na Assembleia da República, a Proposta de Lei n.º 104/VII, nos termos da qual, mais concretamente do número 3 do seu artigo 2.º, se previa que «*a verificação da morte baseia-se, se outros não houver mais adequados, nos critérios de verificação da cessação irreversível das funções cardio-circulatória e respiratória ou da cessação irreversível das funções do tronco cerebral, morte cerebral, aplicável nos casos de sustentação artificial das funções cardio-circulatória e respiratória*» (sublinhado nosso).

Ora, daqui resulta, de forma inequívoca, que a proposta de lei do XIII Governo Constitucional considerava, tal como sucede nos Estados Unidos da América, entre outros países, que o *critério declarativo geral* seria o critério tradicional da cessação das funções cárdio-circulatória e respiratória, apenas se aplicando o critério *declarativo especial* da morte cerebral, perspectivada esta como morte

do tronco encefálico, nos casos de «*sustentação artificial*» daquelas funções.

II – Após dar entrada na Assembleia da República, esta proposta de lei baixou às comissões de *Saúde* e de *Assuntos constitucionais, direitos, liberdades e garantias*.

Cumpra dar nota do *Relatório* desta última comissão, cujo relator foi o Deputado BARBOSA DE MELO⁶⁷, pois permite captar a razão que determinou a evolução do texto da proposta de lei acima referida.

Com efeito, refira-se que aquela *Comissão* começou por clarificar que o *espírito* da proposta do Governo era o de uniformizar os critérios declarativos: «*a finalidade visada, por último, pelo Governo parece ser a reunião num só diploma legislativo, próprio e autónomo, das regras jurídicas fundamentais aplicáveis à verificação da morte em geral - ocorra esta em estabelecimento hospitalar ou noutra sítio qualquer, haja intenção de colher órgãos e tecidos ou não, esteja ou não o corpo a ser sujeito a técnicas de reanimação, aptas a manter artificialmente as funções cardio-circulatória e respiratória*».

Subsequentemente, afirmou que «*o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, no Parecer n.º 10/CNECV/95, propôs a adopção de uma técnica legislativa similar. Em concordância com algumas das leis estrangeiras citadas (de modo exemplar a lei italiana, “a morte identifica-se com a cessação irreversível de todas as funções cerebrais”, artigo 1.º), o CNECV, por um lado, propõe que a lei portuguesa adopte como critério da morte o critério da morte cerebral - “o único aceitável” e “hoje praticamente universal” (p. 5*

⁶⁷ Diário da Assembleia da República, de 27 de Março de 1998, II série A, n.º 40/VII/3, 958-960.

e 6) - isto é, que a lei defina a morte como cessação irreversível das funções do tronco cerebral»⁶⁸.

Mais se referiu naquele *Relatório* que «*comprovada com segurança a ausência destas funções e a irreversibilidade de tal estado - prova que depende das leyes artis médicas e dos processos técnicos pertinentes - deverá dar-se a morte por verificada, mesmo que o corpo continue a cumprir mecanicamente as funções cardio-circulatória e respiratória por força dos instrumentos e técnicas de reanimação artificial. Por outro lado, o CNECV é de parecer que é “exigível no plano ético que esse critério seja usado univocamente na legislação, e não apenas no respeitante a transplantações” (cfr. 6 conclusão). A morte cerebral, em suma, deveria equivaler, segundo a lei, à morte tout court*», propugnando assim a generalização deste critério declarativo.

A *Comissão* perguntaria depois: «*a avaliar pelo que diz na exposição de motivos, o Governo pretenderia, seguindo esta linha de pensamento, definir um só critério material de verificação da morte, válido para todos e quaisquer casos. Pergunta-se, porém: terá conseguido tal intento?*».

Responderia de seguida que é «*patente no texto - e mais claramente ainda se o conjugarmos com o n.º 4 do artigo 3.º da proposta - que o Governo hesitou, não levando até ao fim o intento pré-anunciado na exposição de motivos. Manteve a dualidade dos critérios materiais da morte hoje acolhidos na ordem jurídica - o critério da paragem persistente e irreversível das funções cardio-circulatória e respiratória (critério tradicional) e o critério da cessação total e irreversível das funções do tronco cerebral (critério adoptado para*

⁶⁸ Não podemos deixar de salientar que verificamos que *Comissão*, neste passo, confunde «morte cerebral total», tal como surge na lei italiana, correspondendo esta à cessação de todas as funções cerebrais, com a morte do troco encefálico, cujo alcance, como já tivemos oportunidade de demonstrar, é bem diferente. Para o cabal esclarecimento sobre essa diferença e sobre o critério consagrado na lei italiana, PAOLO BECCHI, *Morte cerebrale e trapianto di organi - una questione de ética giuridica*, Morcelliana, 2008, 139-148.

efeito da colheita de órgãos e tecidos humanos pela Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, e explicitada na Declaração da Ordem dos Médicos, DR 1.ª Série-B, de 11 de Outubro de 1994)».

Concluindo a sua apreciação, no *Relatório* vem afirmado que *«tudo isto mostra a necessidade de a Assembleia da República, no caso de aprovação na generalidade da proposta de lei n.º 104/VII, proceder a uma ampla e profunda discussão na especialidade, na qual seria útil que participassem outras instâncias, designadamente a Ordem dos Médicos e o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida».*

Anunciavam-se, portanto, alterações à proposta do Governo.

Excurso: pelo seu interesse, registre-se que, na discussão na generalidade da proposta de lei n.º 104/VII (*Estabelece os princípios em que se baseia a verificação da morte*), usaram da palavra a Ministra da Saúde, Maria de Belém Roseira, e os Deputados Odete Santos (PCP), Jorge Roque Cunha (PSD), Maria José Nogueira Pinto (CDS-PP), Moreira da Silva (PSD), Alberto Marques (PS) e Francisco Peixoto (CDS-PP).

Importará reter os passos mais significativos da referida discussão na generalidade, pois convirá, dada a importância do tema, apurar a «causa legis» da Lei n.º 141/99, de 28 de Agosto. Abrindo o debate, a Ministra da Saúde começou por explicitar que cumpria eliminar a potencial duplicidade de critérios de morte em vigor: *«a proposta de lei que hoje venho apresentar à Assembleia da República é considerada indispensável, na sequência da Lei n.º 12/93, relativa à colheita e transplante de órgãos. Como sabem, em sede da aprovação desta lei, consideravam alguns sectores médicos que existiam no País duas formas de morte, o que é impossível e, obviamente, antinatural, sendo por isso indispensável clarificar o conceito de que morte há só uma, apesar de os processos da sua verificação poderem ser diferentes, em função das condições subjacentes. Houve, portanto, uma movimentação por parte de alguns sectores médicos,*

*alertando o Ministério da Saúde para a necessidade de alterar esta situação, e, assim sendo, foi por mim nomeado um grupo de peritos para se debruçar sobre esta questão»*⁶⁹. Nestes termos, *«a proposta de lei que hoje aqui se apresenta pretende definir que a morte é só uma, apesar de os critérios da sua verificação poderem depender das condições que subjazem à necessidade de efectuar a declaração de óbito, em função da possibilidade, hoje tecnicamente assegurada, de manter as funções cardio-respiratória e circulatória asseguradas durante algum tempo, para efeitos de colheita de órgãos»*⁷⁰.

Concluindo a sua intervenção, sem nunca enunciar os fundamentos científicos do critério declarativo proposto, mais referiu a Ministra da Saúde que *«a este propósito, gostaria de referir o seguinte: constitui uma preocupação no âmbito da Organização Nacional de Transplantes o facto de, tendo Portugal uma posição relativamente confortável em relação ao número de colheitas/milhão de habitantes, neste momento estarmos numa situação relativamente estacionária. Quer isto dizer que não temos crescido em termos de capacidade de colheita de órgãos, o que pode significar o mesmo que em outros países, ou seja, a seguir à estabilização, a tendência foi para um decréscimo dessa capacidade de colheita. Daí a imprescindível necessidade de garantir que nas unidades de cuidados intensivos haja uma inequívoca e clara definição dos critérios de verificação da morte, para que se possa intensificar a colheita a nível dessas unidades e, assim, garantir a capacidade de vida para doentes em situação extremamente grave e que sem essa capacidade de colheita de órgãos não têm qualquer hipótese de sobrevivência. É com a con-*

⁶⁹ Diário da Assembleia da República, 28 de Março de 1998, I Série, Número 54, VII Legislatura, 3ª Sessão Legislativa, (1997-1998), Reunião Plenária de 27 de Março de 1998, 1821.

⁷⁰ Diário da Assembleia da República, 28 de Março de 1998, I Série, Número 54, VII Legislatura, 3ª Sessão Legislativa, (1997-1998), Reunião Plenária de 27 de Março de 1998, 1822.

jugação destas duas preocupações que esta proposta de lei foi elaborada e é apresentada à apreciação dos Srs. Deputados»⁷¹.

Iniciada a discussão, a Deputada Odete Santos perguntou se «a referência à cessação irreversível das funções cardio-circulatória e respiratória é o acolhimento do conceito tradicional de morte ou se há um eufemismo, uma vez que a palavra «irreversível» apontará para que, de facto, a morte não se considere verificada com a cessação dessas funções mas, sim, com a morte do encéfalo. Gostaria de saber se é ainda uma cedência a um conceito tradicional, que já nem o senso comum nem os cidadãos têm assimilado, porque já consideram que, de facto, a morte cerebral é que marca o início da morte, ou se é um eufemismo, e, se assim for, não se percebe por quê. Aliás, se isto são apenas os sinais de morte e não a marcação do momento em que ocorre a morte, então, falta aqui muito mais, porque faltam todos os outros métodos de diagnóstico que, somados a esta cessação de funções, podem dar como certa a morte. V. Ex.^a saberá muito melhor do que eu, porque tem essa área a seu cargo, que em simpósios internacionais até já foram referidos casos de cessação destas funções em que, afinal, vem a verificar-se que as pessoas ainda estavam vivas. Portanto, este critério tradicional não serve, nem serve às angústias mais profundas dos cidadãos que perpassaram através dos tempos»⁷².

De seguida, tomou a palavra o Deputado Jorge Roque Cunha, referindo, entre outras coisas, que «é sempre importante salientarmos nestas ocasiões a colheita de órgãos e a benfeitoria que esse facto implica para pessoas que, muitas vezes, têm como perspectiva de vida ligarem-se às máquinas três, quatro ou cinco vezes por se-

⁷¹ Diário da Assembleia da República, 28 de Março de 1998, I Série, Número 54, VII Legislatura, 3^a Sessão Legislativa, (1997-1998), Reunião Plenária de 27 de Março de 1998, 1822.

⁷² Diário da Assembleia da República, 28 de Março de 1998, I Série, Número 54, VII Legislatura, 3^a Sessão Legislativa, (1997-1998), Reunião Plenária de 27 de Março de 1998, 1822.

mana, durante duas ou três horas. Portanto, toda a pedagogia nesta área é importante, já que há a grande necessidade desta colheita»⁷³, sucedendo-se outras intervenções mais orientadas para a discussão das competências da Ordem dos Médicos, que estariam, segundo alguns Deputados, a ser restringidas.

Relativamente às questões colocadas pela Deputada Odete Santos, a Ministra referiu que «consideram as pessoas que o conceito tradicional da cessação das funções cardio-circulatória e respiratória como critério de verificação da morte continua a justificar-se e que o diagnóstico da morte cerebral se deve aplicar aos casos em que há sustentação artificial dessas funções para efeitos, nomeadamente, de colheita de órgãos, até porque o diagnóstico em termos de morte cerebral implica todo um conjunto de meios auxiliares de diagnóstico e de critérios extraordinariamente sofisticados e que não se justificarão em todas as situações. Foi este o consenso a que, em sede de comité de peritos, se chegou e que tentei explicar na minha intervenção, mas reconheço que as razões do ponto de vista técnico-científico que levam a esta conclusão serão muito melhor explicadas pelos peritos, nomeadamente pelos que integraram o grupo de trabalho, que devem estar e estão disponíveis para prestar todos os esclarecimentos, em sede de especialidade, acerca de como se chegou a esta proposta e a este consenso, se esta Assembleia decidir aprovar na generalidade esta proposta de lei».

De outra banda, quanto «à questão da colheita de órgãos e ao facto de a pedagogia ser extraordinariamente importante nesta área, concordo muito com o que foi dito, inclusive foi por isso que tive ocasião de referir os receios, por parte da Organização Nacional de Transplantes, no sentido de que a esta estabilidade a que se chegou, em termos de capacidade de colheita de órgãos, possa suceder uma linha descendente em termos de capacidade de colheita,

⁷³ Diário da Assembleia da República, 28 de Março de 1998, I Série, Número 54, VII Legislatura, 3^a Sessão Legislativa, (1997-1998), Reunião Plenária de 27 de Março de 1998, 1822.

precisamente porque não há critérios definidos em termos do que é a morte cerebral. Em sede do grupo de trabalho, foi muito discutido pelos peritos aquilo que foi um guia de morte cerebral aprovado pela própria Ordem dos Médicos por considerarem insuficiente e ser absolutamente indispensável actualizar as regras constantes desse guia por estarem ultrapassadas ou não estarem claramente definidas em função daquilo que deve ser uma clareza absoluta relativamente a esta matéria»⁷⁴.

Mais adiante, a Ministra referiu ainda o que segue: «*como disse - e bem! - o Sr. Deputado Jorge Roque Cunha, é indispensável que tenhamos capacidade de colher órgãos de pessoas já inequivocamente mortas para dar a vida a outras, cuja vida depende da nossa capacidade de colher estes órgãos sem haver problemas do ponto de vista do rigor dos critérios técnico-científicos que devem presidir a essa colheita de órgãos»⁷⁵.*

Continuado a discussão, tomou a palavra o Deputado Moreira da Silva: «*começo a minha intervenção, tal como o meu colega de bancada já aqui o fez, saudando a iniciativa de se rever uma matéria com a importância que a definição da verificação da morte tem. No entanto, gostaria de referir que a proposta de lei que aqui nos é presente sinteticamente enferma de três erros: denota-se que é uma proposta hesitante, uma proposta governamentalizada e uma proposta secretista. É hesitante, porque, como se verifica logo no n.º 3 do artigo 2.º - e isto já foi referido nos pedidos de esclarecimentos feitos à Sr.ª Ministra -, que estabelece a fixação dos critérios para a verificação da morte, o Governo hesita entre uma definição tradicional e a definição que hoje é reconhecida como a cientificamente*

⁷⁴ Diário da Assembleia da República, 28 de Março de 1998, I Série, Número 54, VII Legislatura, 3ª Sessão Legislativa, (1997-1998), Reunião Plenária de 27 de Março de 1998, 1823.

⁷⁵ Diário da Assembleia da República, 28 de Março de 1998, I Série, Número 54, VII Legislatura, 3ª Sessão Legislativa, (1997-1998), Reunião Plenária de 27 de Março de 1998, 1823.

mais correcta, a morte cerebral. Devo recordar que uni parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, o parecer n.º 10/95. entendia que o critério da morte cerebral é o único aceitável e hoje praticamente universal. No entanto, o Governo assim continua a não entender e a colocar em alternativa o critério tradicional e o critério da morte cerebral. Por isso, no fundo, aquilo que teríamos claramente de perguntar é: em que ficamos? Se ficamos com o critério tradicional, afirme-se isso, ou se ficamos com o critério hoje unanimemente reconhecido, o da morte cerebral. É que os portugueses poderão ficar com esta dúvida e pensar, no caso de estarem numa situação de doença grave, que talvez o melhor seja ir morrer ao estrangeiro, onde a verificação da morte se faz com base na morte cerebral, do que ficar num hospital português sujeito a critérios tradicionais que não asseguram, de forma alguma, que a verificação da morte seja tida com base nos últimos critérios reconhecidos internacionalmente pelos técnicos da especialidade. Como vê, Sr.ª Ministra, nesta questão a hesitação não pode permanecer»⁷⁶.

De seguida, tomou a palavra o Deputado Alberto Marques para referir que: «*a premência em clarificar esses princípios respeitantes à definição e à metodologia da verificação da morte justificou, por parte do Ministério da Saúde (como, há pouco, tivemos oportunidade de ouvir, de viva voz, pela Sr.ª Ministra da Saúde), a criação, em Dezembro de 1996, de um grupo de peritos entre os quais se incluíram representantes da Ordem dos Médicos, do Instituto de Medicina Legal e diversos médicos especialistas em neurocirurgia. (...) Na sequência dessa iniciativa da saúde, surge a formulação de uma recomendação à Ordem dos Médicos, no sentido de se definirem os critérios técnico-científicos de verificação da morte. A inovação proposta corresponde, pois, à necessidade de, com toda a segurança, identificar a verificação da cessação irreversível das*

⁷⁶ Diário da Assembleia da República, 28 de Março de 1998, I Série, Número 54, VII Legislatura, 3ª Sessão Legislativa, (1997-1998), Reunião Plenária de 27 de Março de 1998, 1823-1824.

funções cardio-circulatórias e respiratórias ou a verificação da cessação irreversível das funções do tronco cerebral (morte cerebral) aplicável nestes casos de sustentação artificial das funções cardio-circulatória e respiratória como critérios de verificação da morte e estabelece o respectivo processo. Mais especificamente, a proposta, no n.º 3 do artigo 2.º, identifica os critérios que estabelecem a verificação da morte: cessação irreversível das funções cardio-circulatória e respiratória ou cessação irreversível das funções do tronco cerebral, morte cerebral, aplicável nos casos de sustentação artificial das funções cardio-circulatória e respiratória. Esta verificação da morte é da competência dos médicos. Nos termos da lei, dispõe-se adequadamente que é a Ordem dos Médicos que deve definir, manter actualizados e divulgar os critérios técnicos e científicos da morte, segundo os seus saberes próprios e com total independência do poder político. A Ordem dos Médicos elaborou já um texto específico sobre os critérios de morte cerebral, onde com detalhe se estabelecem as condições e a semiologia para o diagnóstico de morte cerebral, e a metodologia e requisitos para a sua verificação. O Conselho Nacional da Ética para as Ciências da Vida deliberou que, tal parecer da Ordem dos Médicos não suscita «nenhumas reservas», definindo categoricamente que a certificação de morte cerebral requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade. A Ordem dos Médicos não expressou divergência sobre que tais critérios de morte cerebral, necessariamente técnicos e da exclusiva competência da Ordem dos Médicos, carecessem de ratificação do Ministro da Saúde, ouvido, naturalmente, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida»⁷⁷.

Prossequindo, mais disse que o referido Deputado que, «pela nossa parte, queremos vincar a nossa opinião de que o diploma em

⁷⁷ Diário da Assembleia da República, 28 de Março de 1998, I Série, Número 54, VII Legislatura, 3ª Sessão Legislativa, (1997-1998), Reunião Plenária de 27 de Março de 1998, 1823-1824.

apreciação é bastante linear e simples quanto ao seu objectivo último, sendo que a sua mais valia reside na autonomização e valorização dos critérios de verificação da morte. Parece oportuno referir e demarcar com alguma preocupação os limites entre eutanásia e prolongamento artificial da vida, para que não se confunda, sob a capa da eutanásia, um problema que lhe é de todo estranho. Sublinhe-se ainda que a determinação exacta do momento da morte é também muito importante quando está em causa a sobrevivência de terceiras pessoas. Tem sido geralmente aceite que a morte é um processo biológico e a sua definição fundamentalmente um problema médico. Não há dúvida, porém, de que sempre que os conceitos médico e legal não coincidem, este último prevalece, em questões como as do início da ressuscitação, interrupção dos meios de reanimação ou outros, actos ou omissões possíveis poderão criar situações delicadas para a saúde. Os critérios estabelecidos na proposta em causa são suficientemente objectivos e claros, e a sua publicação deverá efectuar-se na I Série do Diário da Assembleia da República, porque a iniciativa é globalmente positiva e meritória para justificar o voto favorável do PS, devendo, na análise em especialidade, merecer o devido consenso dos demais grupos parlamentares»⁷⁸.

Na continuidade da discussão, tomou novamente a palavra a Deputada Odete Santos, para uma intervenção, referindo que então que «em 1993 a Assembleia aprovou a Lei n.º 12/93, relativa aos transplantes, na qual se quebrou o silêncio legislativo, consagrando-se o critério de morte cerebral. Tal consagração não foi mais do que a aquisição de um padrão que já era corrente, como o reconhece o parecer da Procuradoria-Geral da República, n.º 74/85, publicado na II Série do Diário da República, de 26 de Novembro. Na verdade, com os avanços da medicina na prestação de cuidados intensivos, o critério da morte cerebral foi substituindo, mesmo no senso comum,

⁷⁸ Diário da Assembleia da República, 28 de Março de 1998, I Série, Número 54, VII Legislatura, 3ª Sessão Legislativa, (1997-1998), Reunião Plenária de 27 de Março de 1998, 1827.

o critério tradicional da paragem circulatória, cardíaca e respiratória. Este novo critério resultou de um debate permanente desde o momento em que o Comité Harvard, em 1958 (sic), suscitou o problema, tendo-se seguido o estabelecimento pela Harvard Medical School dos critérios de morte cerebral total. Depois disso, legislações de vários países foram substituindo o critério tradicional de verificação da morte pelo critério de morte cerebral. De tal maneira que pode concluir-se que a conclusão da comunidade científica se apoia num consenso legal e ético de que, se todas as funções cerebrais estão mortas, o ser humano está morto. Porque, se todas essas funções estão destruídas, não existe respiração espontânea e a paragem cardíaca ocorre em breve espaço de tempo (...)»⁷⁹.

III – Após o debate e a aprovação na generalidade, cujo conteúdo mais relevante acabámos de transcrever, a referida proposta de lei baixou novamente à Comissão de Assuntos constitucionais, direitos, liberdades e garantias, para apreciação na especialidade, tendo então sofrido uma alteração muito relevante.

Com efeito, agora, no «*Texto final da Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias*», o critério declarativo surgiu reduzido ao seguinte: «*A morte corresponde à cessação irreversível das funções do tronco cerebral*»⁸⁰, sendo esta a versão final do critério declarativo que subiu ao Plenário, para votação global final.

Assim, a Assembleia da República, em 1999, aprovou a Lei n.º 141/99, de 28 de Agosto, estabelecendo os «*princípios em que se baseia a verificação da morte*», nomeadamente que «*a morte cor-*

⁷⁹ Diário da Assembleia da República, 28 de Março de 1998, I Série, Número 54, VII Legislatura, 3ª Sessão Legislativa, (1997-1998), Reunião Plenária de 27 de Março de 1998, 1827-1828.

⁸⁰ Diário da Assembleia da República, de 09 de Julho de 1999, II série A, n.º 76/ VII4, 2180-2181.

responde à cessação irreversível das funções do tronco cerebral», ou seja, vingou a tese da morte cerebral, na sua versão de «*morte do tronco encefálico*» e não na versão de «*morte cerebral total*»⁸¹.

Consultando-se os diários das sessões da Assembleia da República, verifica-se que na «*votação final global do texto final, apresentado pela Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, relativo à proposta de lei n.º 104/VII - Estabelece os princípios em que se baseia a verificação da morte*», o resultado foi o seguinte: «*submetido à votação, foi aprovado por unanimidade*»⁸², com os votos, portanto, do CDS/PP, do PCP, do PEV, do PS e do PSD.

O diploma viria a ser promulgado, sem prévia apreciação por parte do Tribunal Constitucional, pelo Presidente da República, no dia 13 de Agosto de 1999, sendo publicado, após referenda ministerial, no dia 28 de Agosto de 1999.

§ 4. Considerações finais sobre o estado actual do «problema declarativo da morte»

I – Por último, após a narrativa antecedente, cumpre esboçar, ainda que de forma necessariamente sintética, algumas considerações sobre o que designaremos como o *estado* do problema declarativo da morte.

Julgamos que a primeira conclusão que podemos retirar de tudo quanto antecede é certamente a relativa ao carácter *temporal* e *evo-*

⁸¹ Sustentando que no direito português vigente vigora o critério da morte cerebral total: PAULO SOARES DO NASCIMENTO, Transplantes de órgãos humanos: a natureza do cadáver e dos órgãos e tecidos à luz do direito privado, Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor André Gonçalves Pereira, Lisboa: Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, 2006, 1027-1078, 1057-1058. Não podemos concordar, salvo o devido respeito, com esta leitura da lei portuguesa, dado que tronco cerebral e encéfalo são estruturas distintas.

⁸² Diário da Assembleia da República, 2 de Julho de 1999, I Série, Número 101, VII Legislatura, 4ª Sessão Legislativa, (1998-1999), Reunião Plenária de 1 de Julho de 1999, 3692.

lutivo do que vai sendo defendido e argumentado. Não há certezas.

Tal circunstância acentua que se o erro integra, por natureza, o processo científico, a *declaração de morte* é certamente uma daquelas *zonas* da ciência onde esse erro poderá ocorrer com maior probabilidade. Agudiza-se a relevância dessa elevada probabilidade quando atentamos na natureza do bem que está em causa (a *vida humana*) e mais ainda quando vigora, como sucede entre nós, o *modelo do dissentimento* para efeito da colheita de órgãos vitais.

II – Permitimo-nos, neste contexto, recordar que a *vida humana*, nos termos do artigo 24.º/1 da Constituição da República Portuguesa, é inviolável. Mais cumpre acentuar que «*a toda a vida humana se estende o princípio da inviolabilidade*»⁸³.

É ainda relevante salientar que não resulta do referido comando constitucional que seja permitido privilegiar *este* ou *aquele* estado da vida humana. Pelo contrário, *toda* a vida humana, independentemente do seu *estado*, da sua *forma*, estará abrangida pelo raio de protecção daquela norma. Mais se diga, seguindo PAULO OTERO, que mesmo «*a necessidade de salvar a vida de uma pluralidade de seres humanos nunca torna lícito sacrificar a vida de um só ser humano*». Mais ainda: a inviolabilidade da vida humana implicará «*a adopção de um postulado interpretativo de máxima efectividade (...) fundado no princípio in dubio pro vita: toda e qualquer dúvida sobre o alcance da inviolabilidade humana deverá sempre ser decidida a favor da solução interpretativa que se mostre mais generosa, mais ampliativa ou que melhor reforce a tutela e garantia da vida humana*»⁸⁴.

III – No início deste estudo, afirmámos ter intuído que o *problema declarativo da morte* não seria um *problema* apenas das ciências biomédicas e que a adopção de uma *tese* sobre qual deva ser a

⁸³ PAULO OTERO, Instituições políticas e constitucionais, I, Almedina, 2007, 576.

⁸⁴ PAULO OTERO, Instituições políticas e constitucionais, I, Almedina, 2007, 578.

nossa *ideia* de vida/morte, tenha ela uma matriz *biológica* ou *sociológica*, será sempre uma decisão *ética* de uma determinada Comunidade.

Tendo isto dito, e por força de tudo quanto foi sendo descrito, impõe-se agora que a nossa segunda conclusão seja a de que é obrigatório assumir metodologicamente que o «*problema declarativo da morte*» deve ser colocado no plano axiológico. O assunto que nos ocupa não pode ser resolvido através de exercícios dedutivos formais e sem atender à materialidade subjacente.

O *problema declarativo da morte* é, portanto, um problema *valorativo*.

Esta colocação impõe a introdução de uma nova metodologia. Com efeito, o *sistema declarativo da morte*, estruturado e ordenado para permitir solucionar o *problema declarativo da morte*, terá de ser coerentemente edificado, implicando essa exigência que sejam previamente debatidas e aprovadas as nossas *teses* sobre o que sejam a vida e a morte.

As perguntas a formular serão então: qual a concepção de vida que consideramos válida? Vida biológica? Vida social?

Quando morremos? A que momento deveremos atribuir essa relevância? Quais os critérios que utilizamos para determinar esse momento? O teste da apneia será realmente um teste *confirmativo*?

Qual será a ideia de vida e/ou de morte que encontramos na Constituição da República Portuguesa?

Tudo o resto será consequencial.

IV – Com efeito, a centralidade do que se acaba de perguntar resulta do seguinte: só depois de definidas, dentro de uma Comunidade, quais são as suas *teses* sobre a vida e sobre a morte, só depois, dizíamos, será possível edificar coerentemente o restante edifício do «*sistema declarativo da morte*».

De outra forma, estaremos a repetir erros metodológicos já cometidos no passado, ou seja, a introduzir *critérios declarativos* sem

que previamente tenha ficado definido o que são, afinal, a morte e a vida. Com efeito, só depois de apurados os nossos referenciais, e apenas depois, poderemos correctamente construir o *sistema declarativo da morte*.

V – Assim, por exemplo, se a opção de uma Comunidade for a de acolher uma *visão biológica* da vida, cumprirá depois elaborar os critérios declarativos correspondentes, bem como estruturar a melhor forma para, em concreto, verificar se esses critérios declarativos estarão preenchidos. Só assim se formará um *sistema declarativo da morte*, respeitando-se a necessidade de coerência interna.

Não poderemos nunca retirar do «*critério declarativo*» o fundamento do «*sistema declarativo da morte*». Esse fundamento tem de ser prévio ao critério declarativo.

VI – O que acaba de referir-se, segundo cremos, assume vital importância, dado que, para nós, é determinante averiguar, mais do que a bondade do critério declarativo (considerado isoladamente), qual será afinal o fundamento ou o pressuposto que ampara o nosso actual sistema declarativo da morte.

Isto porque, independentemente do concreto critério declarativo adoptado na legislação de um País, o mais relevante será aferir qual a tese de vitalidade por ele adoptada e se essa tese estará (ou não) em conformidade com a sua Constituição material. Só depois poderemos sindicarmos a validade de todos os elementos integrantes de um *sistema declarativo da morte*.

Por exemplo, se chegássemos à (absurda) conclusão de que, no direito português, é possível defender uma tese que associe a vida humana à capacidade de inclusão social, poderíamos então afirmar que o critério declarativo de morte da inclusão social seria correcto, desde que permitisse averiguar aquela capacidade ou o *estado de inclusão social*. Neste plano, cumpriria a um psicólogo ou a um sociólogo, por exemplo, emitir uma *declaração de integração/in-*

clusão social.

Intuímos que o Leitor reagirá com uma automática tendência para rejeição deste critério declarativo. Mas cabe notar que o motivo dessa automática tendência de rejeição será, certamente, não o critério em si, mas sim o seu *fundamento*.

VII – Aqui chegados, cumpre, portanto, perguntar qual serão então as *nossas* (da Comunidade) teses sobre a vida e sobre a morte?

Como terá o direito português perspectivado este problema?

É o que cumpre averiguar.

Em primeiro lugar, recorde-se como já referimos que a vida humana, nos termos do artigo 24/1 da Constituição da República Portuguesa, é inviolável, não resultando do comando constitucional que seja permitido privilegiar este ou aquele estado da vida humana. E muitos menos esta ou aquela forma.

Impõe-se agora nova pergunta: como terá o direito português ordinário perspectivado a *vida humana*? Ora, confrontando-se os vários textos legais vigentes, bem como os seus trabalhos preparatórios ou pareceres que sobre eles incidiram, verificamos que, no parecer sobre o critério da morte (10/CNECV/95), ponderando sobre se seria de adoptar o *critério* da morte cerebral total ou o *critério* da morte do tronco encefálico, o CNECV referiu que «*só as estruturas nele [tronco encefálico] existentes permitem a integração das diferentes funções vitais e permitem, portanto, a unidade e reacção que caracterizam o funcionamento do corpo como um todo*» (sublinhados nossos).

Registe-se, portanto, pela sua extrema importância para a *avaliação* do nosso actual «*sistema declarativo da morte*», a referência que é feita ao «*funcionamento do corpo como um todo*», revelando que terá sido esta *tese* de *vitalidade* eleita para *estruturar* todo o

sistema declarativo.

VIII – Ademais, em face do que ficou descrito em §3., cumpre notar que este parecer 10/CNECV/95 terá influenciado decisivamente os trabalhos da Assembleia da República, dado que, como vimos, nos trabalhos das várias comissões parlamentares e nos debates ocorridos no Plenário daquele órgão de soberania, os Deputados ampararam-se nos argumentos nele expendidos.

Nestes termos, pensamos ser possível, não obstante a exiguidade de fontes que o revelem directamente, afirmar que, no direito português, vigora um «*sistema declarativo de morte*», que assenta na «*teoria do organismo como um todo*».

Porém, o que seja o «*funcionamento do corpo como um todo*» (como refere o CNECV), como vimos, é susceptível de múltiplas teorias, umas mais biológicas, outras mais sociológicas⁸⁵.

IX – Qual terá sido a *teoria* acolhida no direito português?

Responderemos afirmando que o CNECV nos poderá auxiliar nesta tarefa. Com efeito, no seu já referido parecer 10/CNECV/95, afirmou que o «*funcionamento do corpo como um todo*» corresponde à «*integração das diferentes funções vitais*», não se restringindo, portanto, apenas à *função respiratória* e à *capacidade de consciência*, tal como foi propugnado por PALLIS⁸⁶.

Usando as próprias palavras do CNECV, julgamos ser possível afirmar que, no actual direito português, a tese de vitalidade que *condiciona* todo o *sistema declarativo da morte* é a tese da «*integra-*

⁸⁵ Neste plano, tornar-se-á muito relevante voltar a referir que a teoria do organismo como um todo, tal como consagrada nos Estados Unidos da América, associa a ideia de vida à existência de integração somática.

⁸⁶ Permitimo-nos recordar que a morte do tronco encefálico, no Reino Unido, estará directamente relacionada com a teoria de PALLIS, tendo assumindo este que «the single matrix in which my definition is embedded is a sociological one, namely Judeo-Christian culture... The “loss of the capacity for consciousness” is much the same as the “departure of the conscious soul from the body,” just as “the loss of the capacity to breathe” is much the same as the “loss of the breath of life.”».

ção das diferentes funções vitais», que «*permitem, portanto, a unidade e reacção que caracterizam o funcionamento do corpo como um todo*».

X – Não iremos agora discutir se esta tese estará ou não conforme com a Constituição material. Mas teremos de afirmar que a *máxima efectividade* da protecção constitucional da inviolabilidade da vida humana obrigará, neste contexto, a valorizar *todos* os sinais de que revelem essa *integração*, impondo-se, portanto, um sistema declarativo que *reconheça* relevância a todos esses sinais e não apenas alguns.

Se vingou na nossa Comunidade a teoria do «*organismo como um todo*» (como parecer ter vingado), em face dos resultados obtidos por ALLAN SHEWMON, e para cumprir inclusivamente o que resulta do artigo 3.º/2, da Lei n.º 141/99, de 28 de Agosto, julgamos ser necessário que se proceda a um reexame do actual «*critério declarativo da morte*», vigente no direito português.

Com efeito, é dever da Comunidade atribuir relevância às demonstrações científicas que vêm sendo apresentadas publicamente, contraditando as teses de que a morte cerebral total ou apenas do tronco encefálico permitem concluir que deixou de existir *integração somática*, e que, por isso, o *organismo* já não estará a funcionar como *um todo*.

Recuperando o que afirmou ALLAN SHEWMON: determinar a cessação da *existência* do «*organismo como um todo*» não poderá depender apenas da verificação da falência de um *único* órgão, o encéfalo, e muito menos apenas da verificação da morte do tronco encefálico⁸⁷. Deve, por isso, ponderar-se criticamente a aplicação tanto do *critério da morte cerebral total* como do *critério da morte*

⁸⁷ Veja-se, por exemplo, The brain and somatic integration: insights into the standard biological rationale for equating “brain death” with death, *Journal of Medicine and Philosophy* 26.5/2001, 457-478.

do tronco encefálico, se aplicados isoladamente.

Com efeito, não nos pronunciando agora sobre a tese acima referida, uma coisa é certa: a *construção* do sistema declarativo da morte não é livre. O princípio da dignidade de pessoa humana e o princípio da inviolabilidade da vida humana são pilares estruturantes da nossa Comunidade, impondo que tal *construção* do sistema se faça com respeito pelo princípio *in dubio pro vita*⁸⁸.

Creemos, por tudo o que foi sendo referido, ter chegado a altura de repensar o *problema declarativo da morte*, de forma coerente e integrada com a axiologia do nosso Sistema Jurídico. Estará em causa, porventura, a necessidade de esboçar um novo «*sistema declarativo da morte*».

Resumo:

Neste longo artigo são abordados os tópicos seguintes: § 1. Razão de ordem e enunciação do problema; § 2. Coordenadas do «problema declarativo da morte»: a) A morte como processo e o critério declarativo tradicional; b) A influência das técnicas de reanimação e de suporte da vida: o «coma depressivo»; c) A alteração do critério declarativo, o «Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death»; d) A crítica de Hans Jonas e a incompletude do «sistema declarativo da morte»; e) A necessidade de enquadramento referencial: James Bernat, a teoria do «organismo como um todo» e o critério da «morte cerebral total»; f) A não homogeneidade do critério declarativo na teoria do «organismo como um todo»: a teoria de Christopher Pallis e a morte do tronco encefálico; g) A crítica aos critérios declarativos da morte cerebral total e da morte do tronco encefálico: os argumentos de Allan Shewmon, a dimensão global da integração somática.; h) O relatório «Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President's Council on Bioethics»; § 3. O «problema

⁸⁸ PAULO OTERO, Instituições políticas e constitucionais, I, Almedina, 2007, 578.

declarativo da morte» no direito português; a) O critério tradicional; b) Introdução do critério declarativo da «morte cerebral»; c) A ausência de critério declarativo expresso na reforma de 1976; d) A “reintrodução” legal da «morte cerebral» e a Declaração da Ordem dos Médicos: do critério da morte cerebral ao critério da morte do tronco encefálico; e) «Morte cerebral total» ou «Morte do tronco encefálico»?; f) A adopção do critério da «morte do tronco encefálico» na reforma de 1999; §4. Considerações finais sobre o

RELIGIÃO E CONFLITOS GLOBAIS*

«A.M.»/ZENIT

1 – O papel da fé na política internacional

No décimo aniversário do 11 de Setembro, permanece vivo o debate sobre o papel da religião nos conflitos e na política.

O livro recente *Religion, Identity and Global Governance: Idas, Evidence and Practice* (University of Toronto Press) trouxe uma valiosa contribuição para o debate, retomando e comentando muitos textos de uma conferência realizada em Outubro de 2007.

John F. Stack, professor na Universidade Internacional da Flórida, analisa num dos capítulos o desafio à teoria das relações internacionais. Antes mesmo dos acontecimentos da última década, estava claro que a religião, longe de ter desaparecido, é uma poderosa força global, afirma Stack.

Nos Estados Unidos, por exemplo, as influências protestantes e evangélicas tiveram importante papel na política interna. A religião voltou aos países da antiga União Soviética desde a queda do comunismo, e a influência do islão tem sido evidente na África, Ásia e Europa.

Mas Stack observa que a teoria das relações internacionais ignora o papel da religião. Em muitos casos, durante o século XX e na sequência do que fora já escrito e defendido no século anterior, os

* Recuperado por «Acção Médica», baseado em texto enviado por «Zenit.org» (4 Set. 2011).

pensadores influentes em ciências sociais teorizaram que a religião não só é irrelevante, mas ainda que desapareceria de modo gradual.

A sobrevivência da religião e sua evidente influência na política forçou, depois, a uma mudança de perspectiva. A religião é importante, explica Stack, e é uma dimensão básica da vida humana que influencia cultura, tradição e visões do mundo. “As crenças religiosas podem não agradar aos estudiosos sociais do Ocidente, que analisam o comportamento dos indivíduos, grupos, movimentos sociais, estados, mas ressoam profundamente nos valores e nas opções mais básicas”.

Apesar disso, Stack ainda admite que é difícil avaliar o papel concreto da religião e discernir se ela é uma mera manifestação de outros factores étnicos, culturais ou de afirmação de um grupo.

2 – Reação laicista

Na última década, vivemos uma verdadeira explosão de estudos sobre religião e assuntos internacionais, escreveu Ron E. Hassner no capítulo de que é autor. Hassner, professor adjunto na Universidade da Califórnia em Berkeley, diz que foram publicados mais livros sobre o islão e a guerra desde o 11 de Setembro do que desde a invenção da imprensa até aquela data.

Ele deplora o que chama de “reação laicista e borbulhante”, que caracterizou um bom número de livros. “Rejeitar a religião como se fosse apenas uma forma perigosa de demência de grupo não é só irracional, mas também inútil, porque não se pode rejeitar a religião e ao mesmo tempo querer entendê-la”.

Hassner acusa escritores como Richard Dawkins, Sam Harris e Christopher Hitchens de afirmarem que há uma relação causal entre religião e guerra. Ao mesmo tempo, eles rejeitam como falsa qualquer associação com a promoção da moral, da cultura e da ciência, o que está completamente fora da realidade.

Noutro texto, escrito por Cecília Lynch, professora da Universidade da Califórnia, a autora propõe uma postura de estudo da reli-

gião diferente da de Dawkins. É importante considerar a prática da religião e não unicamente a doutrina, afirma ela.

Temos que entender também que a religião, embora proporcione directrizes éticas, deixa sempre espaço para a interpretação. As doutrinas e tradições religiosas, segundo Lynch, não podem cobrir todas as possibilidades na hora de avaliar um comportamento. Devemos considerar a crença e a prática religiosa como moldadas pelas circunstâncias e tradições históricas, além da influência de factores económicos e sociais contemporâneos.

Um dos aspectos da religião em que Lynch se concentra é o compromisso com a actividade humanitária. Nos conflitos das últimas décadas, envolvendo tanto cristãos quanto muçulmanos, as suas respectivas organizações humanitárias começaram a trabalhar juntas. As organizações laicas tiveram que se adaptar para trabalhar em sociedades de maioria muçulmana. Desde os acontecimentos de 2001, porém, alguns países olham com desconfiança para as organizações humanitárias islâmicas.

3 – Guerra justa

James L. Heft, padre marianista e professor na Universidade do Sul da Califórnia, analisa a doutrina da guerra justa e como ela é interpretada por João Paulo II.

Segundo Heft, João Paulo II desenvolveu uma compreensão dos ensinamentos sobre a guerra justa que tornou mais difícil justificar a guerra, e também as enquadró num marco ético que privilegia os meios não violentos de resolução de conflitos.

Esta tendência iniciou-se muito antes de João Paulo II, diz Heft. Depois de a Igreja Católica ter perdido os Estados Pontifícios e o seu poder temporal, ela viu-se livre para defender melhor os direitos dos outros e passou a opor-se à guerra com mais intensidade. Este desenvolvimento ficou especialmente evidente na encíclica de João XXIII *Pacem in Terris*, publicada em 1963.

Em 4 de Outubro de 1965, dirigindo-se às Nações Unidas, Paulo VI exclamou: “Basta de guerra, guerra nunca mais!”.

Heft escreve que João Paulo II defendia os direitos humanos nas suas encíclicas e discursos e opunha-se repetidamente à guerra. Não descartava inteiramente o uso da força, mas limitava-o cuidadosamente.

Os acontecimentos de 1989, que determinaram a libertação sem guerra da Europa do Leste, confirmaram as convicções do papa na força dos métodos não violentos, afirma Heft. Abordaria o tema dois anos depois, na encíclica *Centesimus Annus*. Nos anos seguintes, João Paulo II iria opor-se com firmeza à invasão do Iraque.

Heft observa, porém, que João Paulo II apoiou com cautela a derrocada do governo talibã no Afeganistão. Na mensagem para a Jornada Mundial da Paz de 2002, o papa afirmou que existe um direito a defender-se contra o terrorismo. Defendeu também a intervenção humanitária na antiga Iugoslávia.

Em geral, a consciência de João Paulo II das consequências da guerra fez com que rejeitasse a violência, mas não é correto apresentá-lo como um pacifista, conclui Heft.

4 – Religião e Resolução de Conflitos

Abordando a questão da paz, Robert B. Lloyd fala das chamadas de atenção para a resolução de conflitos baseados na religião. Lloyd, professor associado da Universidade Pepperdine, assinala que personalidades, como a ex-secretária de Estado norte-americana Madeleine Albright, tinham afirmado que a diplomacia baseada na religião era uma ferramenta útil em política externa.

Lloyd concentrou a sua atenção sobre o cristianismo. O mundo não tem falta de mediadores – observa ele –, mas o mediador cristão difere dos outros devido à formação recebida numa comunidade religiosa concreta.

Lloyd fala da longa história de mediação da Igreja Católica. O Tratado de Tordesilhas, de 1494, patrocinado pelo Papa Alexandre

VI, resolveu o conflito entre Espanha e Portugal pelo controle das terras recém-descobertas na Ásia, África e Américas.

Mais recentemente, em 1984, um tratado foi assinado entre o Chile e a Argentina para resolver uma disputa sobre as ilhas do Canal de Beagle. A mediação da Igreja ajudou a resolver um conflito que tinha levado os dois países à beira da guerra.

Lloyd também se referiu à Comunidade de Santo Egidio. Desempenhou um papel fundamental na mediação para acabar com uma guerra de 15 anos em Moçambique.

Existe alguma coisa que distinga a mediação cristã? Lloyd identificou algumas diferenças. Os cristãos enfatizam a reconciliação ou a construção de novas relações onde não existiam. Outra preocupação é o resultado justo. A importante questão da justiça que é encontrada nas Escrituras fornece uma motivação adicional para os cristãos, quando comparados com outros mediadores.

Uma terceira característica é a preferência pela negociação e, sobretudo, por estabelecer linhas de comunicação que não teriam existido entre as partes.

Como seus colegas leigos, os mediadores cristãos nem sempre são bem sucedidos. Apesar disso, é possível afirmar, segundo Lloyd, que uma forte identidade religiosa não é apenas fonte de conflito, mas também um meio de paz e reconciliação.

Concluindo, podemos repetir a afirmação de Mário Vargas Llosa, a propósito das Jornadas Mundiais da Juventude, no Verão passado. A religião não morreu nem morrerá: pelo contrário, está cada vez mais viva, porque «a cultura não conseguiu substituir a religião e não poderá fazê-lo», acrescentando que o ateísmo nunca poderá ser a única consequência lógica e racional do conhecimento. Isto é verdade na paz ou na guerra, no trabalho ou no sofrimento. Só a transcendência dá sentido e tranquilidade à existência.

RECEITA ELECTRÓNICA: Alguns Problemas Ético-Jurídicos*

Ângela Maria PEIXOTO
Liliana Teresa LOURENÇO

O Ministério da Saúde, numa tentativa de integração progressiva do sistema nacional de saúde, na tão falada sociedade de informação, lançou mão de um projecto bastante ambicioso, é o projecto de receitas electrónicas.

Este é então um projecto ambicioso a vários níveis. É ambicioso na medida em que envolve verbas muito avultadas uma vez que para que este projecto seja efectivamente viável é indispensável a aquisição de mais e melhor equipamento e também dotar os agentes nele eventualmente envolvidos dos conhecimentos adequados através de, nomeadamente, cursos de formação.

É, a meu ver, ainda ambicioso já que a sua prática envolve uma articulação entre entidades ou agentes que, por tradição, estão habituadas a reverem-se como seres devidamente autonomizados. É imperativa a articulação entre utentes, clínicos e farmácias. Ora, de facto, um projecto destes exige que estas entidades ajam como um todo organizado e que a colaboração entre estas seja constante e consciente dos valores superiores em causa.

É, precisamente aqui que reside, a meu ver, a maior ambição e até mesmo audácia deste projecto aparentemente tão simples.

* Trabalho realizado por: Ângela Maria Vinagreiro Peixoto (34887) e Liliana Teresa da Silva Ramos Lourenço (34939), 4º ano Direito

O projecto das receitas electrónicas mexe, e de que maneira, com direitos fundamentais dos cidadãos, interferindo com matérias melindrosas como o direito de protecção de dados clínicos.

Relativamente às questões dos custos e das necessárias articulações que este projecto envolve, eu não tenho muitas dúvidas de que todos os obstáculos a este projecto seriam com maior ou menor dificuldade ultrapassados. As minhas desconfianças voltam-se todas para as questões éticas que por ele são ou irão ser postas em causa. A questão que se coloca é: **será o Ministério da Saúde capaz de garantir a segurança dos dados pessoais dos utentes que diariamente a ele recorrem?** A resposta é do meu ponto de vista negativa embora o tema seja bastante controverso. O tema é complexo mas penso que o Ministério da Saúde não conseguirá garantir a segurança do sistema, não conseguirá manter a confidencialidade dos dados como lhe é exigido. Contudo, precisamente por o tema ser em si complexo a justificação da minha posição relativamente ao mesmo exige uma explicação ainda que breve sobre em que consiste o sistema de receitas electrónicas, as suas vantagens e desvantagens e as questões éticas que por ele são levantadas e que tantas dúvidas me suscitam.

O projecto de receitas electrónicas, inicialmente previsto para ter início em Janeiro, apenas será posto em prática em Abril** e constitui uma experiência piloto que envolve a prescrição de medicamentos em receita electrónica implementada pelo IGIF (Instituto de Gestão Informática e Financeira da saúde) em colaboração com o Ministério da Saúde que visa agilizar o processo de prescrição de medicamentos. Esta experiência decorre na unidade de saúde de Portalegre e liga informaticamente hospitais, centros de saúde e farmácias.

No que diz respeito ao Ministério da Saúde, uma experiência como esta possibilitar-lhe-á saber o dinheiro que está a ser gasto em receitas num prazo de dois dias, no fundo, saber o que gastou em

** Entrou em vigor em 1 de Setembro.

cada receita, com cada doente e terá a possibilidade de, se for caso disso, cobrar esse dinheiro aos sub-sistemas de Saúde. Fica, portanto, este a ganhar em celeridade já que um processo que actualmente demora de dois a três meses passará a demorar dois dias e num maior e mais fácil controlo das despesas. Para o utente, este sistema significa que o mesmo deixa de precisar de apresentar o papel da receita passada pelo médico quando se dirigir à farmácia para aviar os medicamentos, já que o receituário prescrito circulará através de rede informática, do médico para o farmacêutico. Relativamente aos médicos, estes poderão fazer uma gestão dos doentes e ter acesso a todos os medicamentos com o mesmo nome, o mesmo princípio activo, preços e embalagens.

O programa desenvolve-se do seguinte modo: a receita uma vez prescrita tem simultaneamente dois destinos, todos os dados que foram escritos seguem por via electrónica para uma base de dados nacional e à semelhança do que sucede actualmente nos tribunais aquando da entrega de peças processuais, a receita será impressa em papel pelos computadores para que o doente a possa levar à farmácia.

O projecto permite a médicos e doentes deixarem de usar a tradicional receita médica em papel e substituírem este suporte por uma referência numérica a partir da qual o farmacêutico pode ler a prescrição médica. Esta referência também estará disponível para o Serviço Nacional de Saúde. Logo, a receita electrónica implica que o médico passe o receituário através de um programa de computador e que todos os médicos do hospital tenham no seu posto de trabalho um terminal de computador para passar receitas.

No intuito de manter a segurança das informações contidas no sistema e de salvaguardar a confiança que os utentes depositam nos médicos e até no próprio Sistema Nacional de Saúde, são exigidos alguns requisitos mínimos indispensáveis para que uma receita seja realizada mediante suporte electrónico. Exige-se, por exemplo, que esta contenha um código de barras a partir do qual

poderá ser “decifrada “ pelo farmacêutico e ainda que contenha o nome do médico que a prescreveu, o número da sua cédula e a sua especialidade e estes constituem apenas alguns daqueles requisitos.

Aparentemente todos sairão a ganhar com este projecto, mas será efectivamente assim? Será que os direitos dos utentes à privacidade e a verem os seus dados pessoais protegidos estão assegurados por este sistema?

Na Sociedade da Informação há uma tendência crescente para a hostilidade e nessa medida coloca-se a questão da garantia de direitos e da necessidade de segurança. E a grande dificuldade em combater esta hostilidade resulta do facto de se constatar que esta se trata de uma hostilidade interna ao próprio sistema e não resulta, ao contrário do que decorre na maioria dos casos de factores externos, ou seja, resulta das relações que se estabelecem entre os agentes que constituem o sistema,

O problema do respeito pela privacidade e confidencialidade cai dentro do contexto ético de segurança que se encontram, pelo menos teoricamente, amplamente protegidos pelo Direito dando um contexto jurídico à dita segurança. E digo teoricamente porque apesar de existirem vários diplomas legais que protejam estes direitos, a verdade é que, isso não impede que diariamente estes sejam sistematicamente violados e nem por isso o Direito deixa de cumprir a sua função enquanto entidade reguladora da paz social. Agora o que o Direito não consegue é impedir que esses direitos sejam efectivamente violados porque isso já recai sobre a consciência ética de cada um, neste caso na consciência ética dos agentes envolvidos neste sistema. Tanto o direito à privacidade quanto o direito à protecção dos dados clínicos constituem princípios éticos inquestionáveis e que reúnem o consenso da opinião pública.

No contexto tecnológico estes direitos referem-se ao grau de partilha de conhecimento entre os vários agentes e o grau de confiança que cada agente associa a tal conhecimento e procura

através dessas relações de conhecimento e confiança definir quem tem “interesses legítimos” e quem não os tem. O objectivo é garantir a confidencialidade ou autenticidade da informação, há técnicas para gerir segredos e/ ou confiança em condições adversas.

A verdade é que, cada vez que um utente se dirige a um médico tem a crença de que, tudo quanto lhe for dito e neste caso prescrito fica em sigilo profissional da mesma forma que o médico quando lhe é atribuída uma palavra passe acredita ser o único portador desse chave, desse segredo, sendo que apenas deve e reforço deve ter conhecimento para além do médico o identificador que lhe atribuiu e que para ele represento um agente amigo e nesta medida acredita que todos os eventos que são ocorrência dos seus actos produzem itens que são de confiança e que nunca irão agir de forma hostil.

No fundo, tudo gira em torno da **identificação dos agentes**. É isto que irá ser determinante para se conseguir detectar quem são os intrusos e quem tem interesses legítimos. Surge então a questão da identificação digital. A identificação dos utentes neste sistema de receitas electrónicas como nos demais sistemas que envolvam a saúde é uma identificação por atributos institucionais. A personalidade jurídica individual é determinada por um conjunto de atributos neste caso institucionais como o cartão de utente do Sistema de Saúde Nacional. É o número desse cartão que identifica o utente a que corresponde aquela receita. Esses dados são registados na tal base de dados nacional à qual tem acesso médico, farmacêuticos e o Ministério de Saúde.

Já a identificação do médico é feita por acto de vontade, ou seja, reside na vontade do Identificado (médico) em provar que é titular de direitos e no reconhecimento disso por parte do Identificador. Normalmente o evento só pode ser reconhecido através da crença que o identificado é o único detentor do segredo. É ao identificador que cabe estabelecer a associação entre uma determinada personalidade jurídica (do médico) e o respectivo conjunto de direitos. O agente

identificado (médico) intervém activamente, ele detém a chave privada e está habilitado a um acto (identifica) o que lhe permite participar num evento de identificação. O identificador tem confiança no trust agent e nos certificados de chave pública que ele emite, acredita que o identificado é o único agente que controla o item chave.

Este é um sistema relativamente perfeito, tudo funciona numa lógica de articulação racional só que estando em causa questões de superior importância para a manutenção da integridade das pessoas como o são as questões da privacidade dos dados clínicos isto não é suficiente. Tem necessariamente de se exigir mais, muito mais. Nem tudo se passa como o sistema prevê, é quase inquestionável que, na maioria das vezes, o identificado (médico) não é o único conhecedor da chave que dá acesso ao sistema ou ainda que o seja a mesma pode, com relativa facilidade diria, ser obtida e utilizada para fins diversos e até contrários aos pretendidos.

O que aconteceria se fossem geradas receitas electrónicas por agentes que não são médicos?

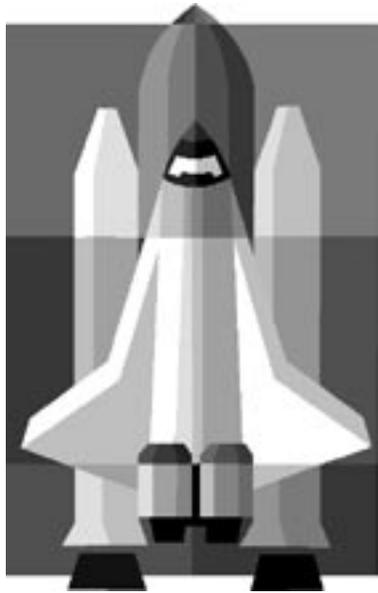
A questão parece surreal mas não o é assim tanto se atendermos a que não será difícil a um funcionário hospitalar ter acesso ao número da cédula do médico, a sua especialidade nem ao seu nome e também com maior ou menor dificuldade à sua chave. E a prova de que isto não é, infelizmente, de modo algum surreal é que existem alguns casos já julgados em que ficou patente a violação da protecção dos dados clínicos por parte de funcionários dos hospitais e tudo se torna mais grave se olharmos para o relatório da Comissão Nacional de Protecção de Dados em que se revela que há falta de controlo efectivo do dossier clínico do Doente, e que no que diz respeito aos sistemas informáticos constatou-se a existência de aplicações informáticas instaladas por profissionais de saúde à revelia do hospital e uma falha generalizada quanto às medidas técnicas e organizativas para garantir a segurança dos sistemas e da informação. Não podemos, por isso, alhear-nos da realidade dos nossos hospitais que aqui ficou bem patente.

Outra questão que se nos suscita é a eventualidade de um outro agente (como o farmacêutico) que também participa no sistema ou eventualmente um terceiro que tenha acesso ao sistema violar a privacidade da receita. Irrelevante seria a minha primeira resposta, mas um segundo pensamento traz-me à ideia o caso dos doentes portadores de HIV-SIDA. Será assim tão irrelevante para esse doente ver a sua receita violada e chegando esta ao conhecimento da entidade patronal ou mesmo da comunidade em geral? Claro que não o é. Estas são todas questões muito melindrosas na medida em que mexem com um bem essencial como é a saúde, o direito de acesso à mesma com a confiança de estarmos protegidos.

Em suma, naturalmente que podem surgir posições mais animadoras relativamente a esta questão mas dado o valor dos bens em causa e dadas as falhas já visíveis dos actuais sistemas de informação hospitalar a nossa posição é bastante negativa relativamente à experiência das receitas electrónicas.

Bibliografia:

- <http://wiki.di.uminho.pt/wiki/bin/view/Education/Informatica-Juridica>;
- http://www.portaldocidadao.pt/PORTAL/pt/noticias NEWS_a_lentejo+adopta+receitas+electronicas.htm
- http://www.abc-tecnologia.com.pt/index.php?article=1044&visual=1&id_area=2
- <http://www.cnpd.pt/>
- <http://www.infarmed.pt/index2.html>



TEMAS ACTUAIS

Branca

O PAPA EM MADRID NAS JORNADAS MUNDIAIS DA JUVENTUDE

O FACTO E OS COMENTÁRIOS:

Hoje é moda e dá dividendos, principalmente entre o público do “deus dinheiro, do poder e do prazer”, atacar a Igreja Católica, a propósito ou a despropósito. Foram muitos os comentários disparatados, com aparências de preocupações sociológicas e libertárias, apenas com esse objectivo: o “esbanjamento de dinheiros num país em dificuldades”, “a afronta à Cultura e ao Progresso com doutrinas caducas”, a “violação da estrita imparcialidade e neutralidade das leis no aspecto religioso”, ou outros mais violentos e insultuosos.

É claro que, para alguns grupos de pressão, muitos minúsculos mas dotados de enorme poder de pressão, foi “preocupante” a presença em Madrid de bastante mais de um milhão de jovens, vindos de todo o mundo para celebrarem com o Papa as Jornadas Mundiais da Juventude. A sua extraordinária manifestação de Fé, sujeitando-se com alegria a difíceis condições de alojamento, estadia e participação, impressionou demasiado quem recusa a vitalidade de uma Igreja através daqueles jovens.

Mas houve igualmente quem foi capaz de perceber o significado profundo daquele acontecimento, situando-se embora fora da doutrina defendida pela Igreja Católica. De vários testemunhos que nos chegaram escolhemos dois cheios de simbolismo, de um agnóstico e de um judeu, que souberam ver e sentir, para lá das suas convicções, a riqueza moral daquele Encontro e das palavras/mensagens deixadas pelo Papa, figura de enorme relevo intelectual, cultural e moral.

RELIGIÃO E CULTURA: BENTO XVI EM MADRID

“La fiesta y la cruzada”

Mario Vargas LLOSA*

Foi um bonito espectáculo ver Madrid invadida por centenas de milhares de jovens provenientes dos cinco continentes para assistirem à Jornada Mundial da Juventude presidida por Bento XVI que, durante vários dias, converteu a capital espanhola numa enorme Torre de Babel. Todas as raças, línguas, culturas e tradições se misturaram numa festa gigantesca de raparigas e de rapazes adolescentes, estudantes, jovens profissionais, vindos de todos os recantos do mundo, para cantar, bailar, rezar e proclamar a sua adesão à Igreja Católica e a sua “ligação” ao Papa (“*Somos adictos a Benedicto*” foi uma das frases mais proclamadas em coro).

Exceptuando aquele milhar de pessoas que, no decurso da concentração no aeródromo de *Cuatro Vientos* tiveram que ser socorridas como consequência do tremendo calor que se fez sentir, não houve acidentes nem problemas de maior. Tudo decorreu em paz, alegria e convivência simpático. Os madrilenos aceitaram com espírito desportivo os incómodos causados pelas gigantescas concentrações que paralisaram a Praça Cibeles, a Gran Via, Alcalá, a Porta

* «El País» 28/08/2011. Tradução parcial da «A. M.», confrontada com a tradução publicada em «L’Osservatore Romano» (3/Set./2011).

do Sol, a Praça de Espanha e a Praça do Oriente, e as reduzidas manifestações de laicos, anarquistas, ateus e católicos dissidentes, provocaram incidentes menores, alguns grotescos, como o do grupo de energúmenos que bombardearam com preservativos um grupo de raparigas que rezava o rosário com os olhos fechados.

Podemos fazer duas leituras diferentes deste acontecimento, a que «El País» chamou «a maior concentração de católicos na história de Espanha».

A primeira interpreta-o como um festival mais superficial que religioso, em que jovens de todo o mundo aproveitaram a ocasião para viajar, fazer turismo, divertir-se, conhecer novos amigos, viver uma aventura, numa espécie de experiência intensa mas passageira de umas férias de Verão.

A segunda considera-o como um desmentido rotundo das afirmações e previsões de um progressivo desaparecimento do cristianismo e da sua influência no mundo de hoje, e foram a prova de que a Igreja de Cristo mantém a sua pujança e vitalidade, e que nos diz que a barca de S. Pedro navega com segurança e sem perigo através das tempestades que quiseram destruí-la.

Uma dessas tempestades tem a Espanha como cenário, onde Roma e o governo de Rodriguez Zapatero têm tido, nos últimos anos, vários desencontros e reencontros, mantendo uma relação tensa. Por isso, não foi por acaso que Bento XVI se deslocou várias vezes a este país, duas delas já no decurso do seu pontificado. É que a «católica Espanha», já não é o que era. As estatísticas demonstram esse facto. Em Julho do ano passado, cerca de 80% dos espanhóis declarava-se católico; apenas um ano depois, o número desceu para 70%. Entre os jovens, 51% afirmam-se como tal, mas só 12% dizem ser praticantes; os outros são-no “de vez em quando”, como manifestação esporádica, ou simplesmente social – casamentos, baptizados, etc. As críticas que os jovens fazem à Igreja – praticantes ou não praticantes – centram-se, sobretudo, na sua oposição ao uso de

contraceptivos e da pílula do dia seguinte, à ordenação de mulheres, ao aborto, à homossexualidade.

Tenho a impressão de que estes valores numéricos não foram manipulados, e que refletem uma realidade, não apenas espanhola, mas que se aproxima do que está a passar-se com o catolicismo um pouco por todo o mundo

Ora bem: o meu ponto de vista quando olho para esta gradual diminuição do número de fiéis na Igreja Católica, em vez de significar o caminho para a sua ruína inevitável, conduzindo à extinção, é que deverá ser olhada, pelo contrário, como um fermento de vitalidade e energia que as dezenas ou centenas de milhões que restarem têm vindo a mostrar, de modo bem claro, sobretudo nos pontificados de João Paulo II e de Bento XVI.

É difícil imaginar duas personalidades mais diferentes do que as dos dois últimos Papas. O anterior era um líder carismático, um agitador de multidões, um extraordinário orador, um pontífice em que a emoção, a paixão e os sentimentos prevaleciam sobre a razão pura. O actual é um ideólogo, um intelectual, alguém cujo ambiente natural será a biblioteca, a aula universitária, o salão de conferências. A sua timidez perante as multidões adivinha-se de modo evidente nesse modo quase envergonhado, como que desculpando-se, que é o seu modo de se dirigir às grandes massas de fiéis. Mas essa fragilidade é enganadora, uma vez que se trata, provavelmente, do Papa mais culto e inteligente que a Igreja possuiu há longos tempos, um dos raros pontífices cujas encíclicas ou livros até um agnóstico como eu pode ler sem bocejar (a sua breve autobiografia é sedutora e os seus dois volumes sobre Jesus são mais do que sugestivos). Tem uma trajectória muito curiosa.

Na juventude, foi um partidário da modernização da Igreja e colaborou no reformista Concílio Vaticano II, convocado por João XXIII. Mas adoptou em seguida as posições conservadoras de João Paulo II, mantendo essa atitude até hoje. É muito possível que a

razão dessa mudança reside na suspeita, ou mesmo convicção, de que, se continuasse no caminho das concessões pedidas pelos fieis, por padres e teólogos progressistas, a Igreja acabaria por se desintegrar a partir do seu próprio núcleo fundamental, convertendo-se numa comunidade caótica e desordenada, cheia de lutas internas e querelas sectárias.

O sonho dos católicos progressistas, de transformar a Igreja numa instituição democrática é apenas isso, um sonho e nada mais. Nenhuma igreja poderia sê-lo sem renunciar a si mesma e desaparecer. Em todo o caso, e pondo de parte o contexto teológico e atendendo unicamente à sua dimensão social e política, a verdade é que, apesar da perda de fieis, o catolicismo está hoje mais unido, activo e beligerante do que em anos anteriores, em que parecia caminhar para a desagregação por lutas ideológicas internas, que já se esboçavam.

Será isto bom ou mau numa cultura em que se previligia a liberdade? Mesmo num Estado laico, que queira manter a sua independência em face de todas as igrejas, que deverá respeitar e permitir que actuem livremente, não tenho dúvidas de que é bom, porque uma sociedade democrática não pode combater eficazmente os seus inimigos – começando pela corrupção – se as suas instituições não estiverem firmemente apoiadas em valores éticos, se no seu seio não florescer uma vida espiritual rica, que possa ser um antídoto permanente contra as forças destruidoras, de desunião e anarquia, que tentam o ser humano quando pensa estar livre de toda e qualquer responsabilidade.

Durante muito tempo acreditou-se que, com o progresso dos conhecimentos e o desenvolvimento da cultura democrática, a religião considerada como uma forma elevada de superstição, ir-se-ia desfazendo até desaparecer, pois seria substituída com vantagem pela ciência e pela cultura. Sabemos agora que essa ideia era outra superstição em que a realidade veio demonstrando a sua completa falsidade. E sabemos também que as qualidades que os livres pen-

sadores do século XIX atribuíam à cultura, com tanta generosidade e igual ingenuidade, não existem, principalmente agora. É que **a cultura deixou de ser essa resposta séria e profunda, que tentou ser no passado, às grandes questões do ser humano sobre a vida, a morte, o destino, a história, transformando-se, por um lado, num divertimento ligeiro e sem consequências e, por outro lado, numa cabala de especialistas incompreensíveis e arrogantes, confinados em posições ridículas, a anos luz do comum dos mortais.**

A cultura não conseguiu substituir a religião nem poderá fazê-lo, salvo para pequenas minorias, completamente marginais. A maioria dos seres humanos só encontra a resposta às questões fundamentais apontadas ou tem pelo menos a convicção de que existe uma ordem superior de que faz parte, e que dá sentido e confiança à sua existência, numa transcendência que nem a filosofia, nem a literatura, nem a ciência, conseguiram justificar racionalmente. E, por maiores que sejam os esforços de intelectuais brilhantes que tentam convencer-nos de que o ateísmo é a única consequência lógica e racional do conhecimento e experiência acumulados ao longo da história da civilização, a ideia de um fim definitivo será intolerável para o ser humano em geral, que continuará a encontrar na fé aquela esperança numa vida para além da morte, a que nunca pode renunciar.

Desde que não se apodere do poder político e este saiba preservar a sua independência e neutralidade em face da religião, esta não apenas é lícita como é igualmente indispensável numa sociedade democrática

Por todas estas razões, crentes e não crentes devemos alegrar-nos com o êxito da visita do Papa a Madrid.

JUDAÍSMO

E AS JORNADAS DA JUVENTUDE EM MADRID

David HATCHWELL/ Miriam Díez i BOSCH

Entrevista conduzida por *Zenit* ao Vice-Presidente da Comunidade Judaica de Madrid, que desde o início da sua preparação, deu todo o apoio à organização da Jornada Mundial da Juventude. Considerou esta viagem como um êxito absoluto e um retorno aos valores, neste grande encontro de jovens saudáveis, sensíveis a uma espiritualidade que é esperança no futuro.

Entrevista ao vice-presidente da Comunidade Judaica de Madrid

Em entrevista da responsabilidade de «Zenit.org» o Vice-Presidente da Comunidade Judaica de Madrid, David Hatchwell, usa expressões como «êxito absoluto», «gente saudável», «energia positiva», «retorno aos valores», ao falar sobre a Jornada Mundial da Juventude (JMJ) de 2011.*

ZENIT: Deu o seu apoio à JMJ antes que ela fosse realizada. Porquê esta aliança com um evento católico de envergadura?

* Madrid, 26 de Agosto, 2011. O endereço da Comunidade Judaica é: www.cjmadrid.org

Hatchwell: Quem pensa as mesmas coisas precisa de estar junto. Os católicos, como outros grupos, têm o direito de se expressar, ainda que haja protestos contra isso. Têm direito a acreditar no que acreditam e, por este motivo, temos esta proximidade, porque nós, os judeus, sabemos bem o que significa ser menosprezados. Entendemos o que é ser deslegitimados e eu vivo isso constantemente.

Sou muito sensível e não me preocupam somente, mas incomodam-me as tendências a deslegitimar as pessoas. Uma pessoa pode não concordar com alguém, mas não deve haver ataques a grupos que defendem ideias diferentes da maneira injustificada como se tem feito, e sem razão. Neste sentido, o nosso apoio a um acto como a JMJ é claro. Comemoro o facto de que esta JMJ se tenha realizado e daí vem a proximidade com o evento.

ZENIT: Percebi que gostou do encontro.

Hatchwell: Sem dúvida, esta viagem do Papa foi um êxito absoluto. É o maior acontecimento das últimas décadas, eu não me lembro de ter visto algo assim. Ver Madrid com todo o tipo de gente jovem nas ruas, pessoas muito saudáveis, com energia positiva, foi incrível, uma delícia. A avaliação só pode ser positiva.

Todos os dias, na grande variedade de eventos que ocorreram, demonstrou-se que o que se queria era um momento espiritual muito potente, e isso aconteceu.

ZENIT: Houve críticas também.

Hatchwell: Foi só um incidente de poucas pessoas, quando do outro lado havia quase dois milhões. Infelizmente, alguns meios de comunicação deram-lhe importância mostrando o fenómeno marginal. Mas, para mim, foi um êxito absoluto.

Do que li, consta-me que uma empresa internacional – a *Price Waterhouse Coopers* – fez uma auditoria a pedido da Igreja, o

que me parece muito sensato por parte dela, pois revela desejo de transparência. Além disso, as JMJ contribuíram muito para a cidade de Madrid, e por isso não entendo essas tentativas de criticá-la. Muito além de informações de manchetes, o que está claro é que Madrid esteve no mapa do mundo vários dias e isso foi muito positivo para a Espanha.

ZENIT: Que aspecto da mensagem do Papa mais chamou sua atenção?

Hatchwell: Sem dúvida que a mensagem foi muito importante, especialmente a reconexão com uma série de valores. Esse apelo transcende um credo específico, não somente mensagens cristãs, mas universais.

O Papa pediu aos jovens que sejam muito valentes com suas convicções. Estamos diante de um relativismo ético muito profundo, com uma tendência a tirar valor das coisas que muita gente tem como princípios básicos da sua educação. Nisso, estamos totalmente de acordo com o Papa: numa sociedade moderna, são necessários valores para enfrentar o relativismo e continuar a acreditar nas convicções morais que as pessoas têm.

Outro aspecto chamativo da mensagem foi que não vivemos na tirania do indivíduo, não existe um “eu” absoluto, mas hoje há valores comuns colectivos espirituais e o serviço ao outro.

ZENIT: Esses valores são compartilhados entre judeus e cristãos?

Hatchwell: Absolutamente. Judeus e cristãos compartilham valores comuns fundamentais. Jesus era judeu e os primeiros cristãos também: daí os valores compartilhados que, sem dúvida alguma, continuam a ser os mesmos.

ZENIT: Desde o Concílio Vaticano II, as relações entre a Igreja Católica e o judaísmo melhoraram substancialmente.

Hatchwell: Sabemos que, durante séculos, a relação entre a Igreja e o judaísmo não era em absoluto o que temos agora; melhorou há 40 anos. Sinto-me privilegiado por viver hoje em dia, num momento no qual a Igreja percebe os judeus de maneira totalmente diferente.

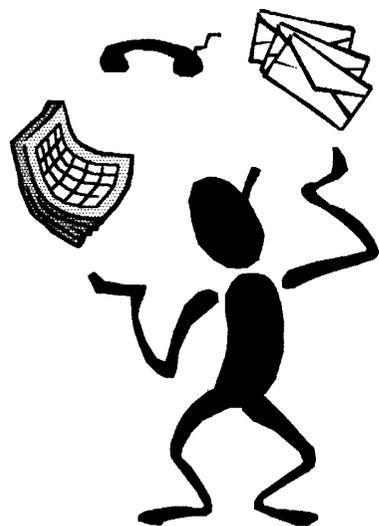
ZENIT: Os jovens judeus têm encontros como a JMJ?

Hatchwell: Encontros sim, mas não tão grandes. Há reuniões de jovens do mundo inteiro, da Rússia, Etiópia, Estados Unidos, nas quais se reúnem e compartilham valores comuns. Refletem sobre a vida, sobre o serviço ao outro, assumem responsabilidades.

Os jovens são muito importantes na nossa tradição. Os idosos têm mais conhecimentos e experiência, mas o presente e o futuro é dos jovens: é preciso investir sempre neles para que conheçam a base da nossa tradição, a vivam e a possam transmitir pois, se não fazemos esforços com as pessoas jovens, em 30 anos, os números podem mudar.

É preciso dar um elemento cultural básico aos jovens. No meu caso, tenho a sorte de viver num país democrático, onde tenho direito de observar o meu culto; e ficaria feliz se os meus filhos o seguissem assim como eu, meus pais e assim por diante. Quero mostrar-lhes que não são responsáveis somente pelo seu microcosmos, que tenham uma vida feliz e plena, com êxito, o que é bom, mas servindo os outros, não somente a comunidade judaica, mas que sejam boas pessoas, altruístas.

Neste sentido, cristãos e judeus, novamente, compartilham valores. Pensemos que o judaísmo nasce como a primeira religião monoteísta, num momento em que não havia o direito à vida para todos; se a pessoa era escrava, não tinha os mesmos direitos, havia muitos sacrifícios humanos... Os direitos humanos são parte do DNA do judaísmo e foram configurando a sociedade atual, como também o cristianismo.



**NOTÍCIAS
E
COMENTÁRIOS**

Branca

RECUPERAÇÃO DO HOSPITAL DO SONGO

Songo fica na província de Tete (Moçambique), a 150 km dessa cidade, perto das instalações da barragem de Cahora Bassa. Possui um hospital, designado como Hospital Rural de Songo, que presta assistência a uma população que se aproxima dos 500.000 habitantes.

Com 88 camas, um movimento diário de mais de 145 doentes e áreas de internamento, tratamento e consulta muito reduzidas, apesar disso mantem uma urgência permanente e um conjunto impressionante de valências – Medicina, Pediatria, Cirurgia Geral, Obstetrícia e Ginecologia, Traumatologia, Estomatologia, Fisioterapia e Prevenção de HIV/SIDA.

Graças ao apoio da Associação África – Solidariedade, que colaborou com a AMCP no Projecto Lichinga (Niassa) o hospital está a ser recuperado e ampliado, com a construção de um pavilhão independente de Pediatria, e aumento das áreas de ambulatório (consultas e tratamentos) que quase não existem.

É mais um desafio em que se revela a solidariedade dos portugueses para quem pouco ou nada tem, mantendo a tradição humanista multissecular que sempre marcou a sua presença no mundo.

Contacto: Associação África Solidariedade – mmlc@netcabo.pt

HUNGRIA: A NOVA CONSTITUIÇÃO

A nova Constituição da Hungria, aprovada por esmagadora maioria em 25 de Abril passado, é uma verdadeira pedrada no charco de uma Europa sem rumo e sem ideais, que veio lançar um verdadeiro pânico entre os grupos ateus radicais que têm dominado o pen-

samento e as leis. Existem, porém, muitos europeus que acreditam que ela possa representar o início de um longo e doloroso caminho de regresso às raízes do que foi a Europa. Vejamos o porquê do pavor de uns e da esperança de outros.

O preâmbulo da Constituição começa com a frase fundamental do Hino Nacional: *Ó Deus, que seja abençoada a Nação Húngara*, e recorda as raízes cristãs da nação e o papel desempenhado por Santo Estêvão, Rei da Hungria.

São igualmente de salientar as palavras finais desta Constituição, que tomam a forma de um autêntico compromisso solene: *Nós, Membros do Parlamento eleito em 25 de Abril de 2011, conscientes da nossa responsabilidade perante os Homens e perante Deus, e reconhecendo-nos com poderes para adoptar a Constituição, determinamos que seja esta a primeira Lei Fundamental da Hungria unificada.*

A nova Constituição defende o direito à vida e à sua protecção, desde o momento da concepção, o que está a movimentar os grupos internacionais habituais, atacando a exigindo alterações imediatas, antes de a nova Lei Fundamental entrar em vigor, em 1 de Janeiro de 2012.

(repescado em *LifeSiteNews.com* – 17 de Maio, 2011)

PROMUNDO: UM EXEMPLO NOTÁVEL DE VOLUNTARIADO

O falecimento recente de Fernando Castro, coordenador da Associação Promundo, quando participava numa missão humanitária na Guiné-Bissau (25 de Agosto), veio chamar a atenção para a extraordinária obra que tem vindo a ser realizada por esta associação juvenil de Coimbra, ligada à Escola Avelar Brotero. Envolvendo

igualmente jovens de várias escolas de Coimbra e do país, tem executado ou em execução projectos na Guiné-Bissau, Ghana, Haiti, Moçambique, Perú, Costa Rica e República Dominicana. A Promundo foi das primeiras instituições de solidariedade a prestar auxílio às vítimas do Haiti, onde foram desenvolvidos esforços pelo coordenador para a construção de uma escola profissional em moldes semelhantes aos da Escola Avelar Brotero. Para isso desenvolveu uma extraordinária acção de solidariedade para com as vítimas daquela região das Caraíbas.

O legado de dedicação e ajuda ao próximo deixado por Fernando Castro é um verdadeiro programa de intervenção social para a Promundo e um exemplo para todos os que se esquecem do que deve ser uma verdadeira relação humana, solidária, dedicada, desinteressada.

(baseado em notícia publicada no «Correio de Coimbra», 20 de Agosto, 2011)

LIBERDADE DE CRIAÇÃO OU LIBERDADE DE INSULTO?

Tornaram-se quase uma rotina os insultos e violências de toda a espécie contra a Igreja Católica e contra os cristãos. As perseguições e assassínios sucedem-se um pouco por quase todo o mundo, e nesta Europa de uma suposta “liberdade”, a liberdade de insulto e blasfémia atingiu graus difíceis de imaginar. A própria beatificação do Papa João Paulo II, um homem extraordinário admirado e respeitado em todos os quadrantes crentes ou agnósticos, não escapou a uma campanha ordinária de insultos, em que os europeus são mestres.

Aquele 1º de Maio de 2010, em que o Papa foi beatificado teria sido um dia quase perfeito. A liturgia solene celebrada na Praça de

São Pedro atraiu a Roma, de acordo com algumas estimativas, cerca de 1,5 milhão de fiéis e peregrinos de todo o mundo, do distante México até à Polónia, terra natal do novo Beato. Tudo decorreu com grande ordem e sem incidentes, mas não podia faltar a habitual “nota discordante”. Disso se encarregou a dupla de jornalistas que dirige o jornal independente *Il Fatto Quotidiano*, Antonio Padellaro e Marco Travaglio, que - coincidências da vida -, precisamente no dia 1º de Maio, publicaram, em sua “charge” no *Il Misfatto*, uma caricatura do Papa Wojtyla, não apenas irreverente, como lhe quiseram chamar, mas verdadeiramente blasfema.

O desenho, assinado pelo cartonista de quadrinhos eróticos, o italiano Milo Manara, representa o falecido Papa no Paraíso, onde repousa numa nuvem, rodeado por três mulheres-anjos, muito atraentes, com atitude provocadora e expressão maliciosa. Enquanto uma voz diz “Fizeram de você um santo! Acabou o passeio grátis!”, a legenda que acompanha o desenho segue a mesma linha de descarada irreverência: “Na terra não o deixavam morrer (mas depois lhe deram esse prazer, não como ao pecador Welby). No paraíso não o deixam viver”, lê-se, em alusão à doença e agonia do Papa polaco e à chamada “morte doce” de Piergiorgio Welby, em Dezembro de 2006. Eloquente é também o título que se lê em letras grandes: “Não há paz para Wojtyla”.

Continuamos na mesma. Enquanto os católicos comemoram a beatificação de Karol Wojtyla, conhecido também como “o gigante de Deus” ou “João Paulo II, o Grande”, algumas pessoas têm que usar o sarro, ou o lixo dos seus sentimentos para ofenderem a sensibilidade de outros, tudo em nome do direito à sátira e à liberdade de expressão (muitas vezes entendida como liberdade para insultar). Isso levanta uma questão: *Il Fatto* teria colocado na sua “charge” uma imagem irreverente, fazendo referência a outras religiões, como a muçulmana? Provavelmente não, porque teria desencadeado um pandemónio, com uma “fatwa” contra o cartonista e contra a redacção. Basta lembrar o clamor provocado pela caricatura do

profeta Maomé publicada em Setembro de 2005, num dos jornais dinamarqueses mais conhecidos, o *Jyllands-Posten*.

É espantoso e inaceitável constatar o descaramento dos autores ou dos que apoiam obras blasfemas, quando defendem que os cristãos deveriam permanecer em silêncio diante das provocações. Parece que a única reacção que se consente é a de “oferecer a outra face”. É revelador o episódio que teve lugar recentemente em França.

No último Domingo de Ramos, um pequeno grupo de jovens destruiu, com marteladas, uma das obras da exposição “*Je crois aux miracles. 10 ans de la Collection Lambert*”, aberta em 10 de Dezembro noutra “cidade dos papas”, Avignon, e que encerrou no domingo, 8 de Maio. Como observa Christine Sourgins no site *Décryptage* (20 de Abril), o grupo foi descrito pelos “mídia” como um “comando católico”, “termo militar que permite colocar todos no mesmo saco, com os islamitas”. Ou seja: um cristão que reage a mais uma provocação termina, *ipso facto*, na categoria de extremista ou terrorista.

A obra de arte “destruída” é do artista americano Andres Serrano e intitula-se “Piss Christ” (Cristo de urina). É a fotografia de um pequeno crucifixo imerso em urina (do artista), misturada com líquido seminal. O objecto remonta a 1987 e faz parte da série “Inmersions”, que inclui, por exemplo, uma Última Ceia imersa em fluidos fisiológicos. De acordo com Serrano, que se proclama “cristão”, o objectivo é chamar a atenção para a situação da AIDS. Desde o início, a obra - que ganhou em 1989 o prémio *Awards in the Visual Arts* - tem provocado fortes polémicas, nos EUA e na Austrália, onde foi duramente condenada em 1997 pelo arcebispo de Melbourne, Dom George Pell.

O “ataque” à obra, considerada blasfema, no qual também foi atingida outra fotografia de Serrano, “*Soeur Jean Myriam*”, provocou reacções diversas, incluindo a do ministro da Cultura francês, Frédéric Mitterrand. De acordo com o sobrinho do falecido presidente socialista François Mitterrand, a acção atenta “contra

um princípio fundamental”, ou seja, “a liberdade de criação e de expressão consagrada na Constituição” (*Décryptage*). O próprio Mitterrand admitiu, no entanto, que uma das obras danificadas “poderia chocar certo público”. Uma declaração surpreendente, é claro, porque, como sempre lembra Sourgins, historiadora da arte e autora de “*Les Mirages de l’Art contemporain*”, “a obra realmente choca”.

Que os jovens tenham feito justiça com as próprias mãos, recorrendo à violência e destruindo duas peças das exposições, é certamente discutível. Porque isso significa “entrar em uma lógica arriscada”, como observou Thibaut Dary, colaborador leigo da diocese de Nanterre (*Décryptage*, 21 de abril), que sugeriu outra resposta: “Kiss Cristo,” a de beijar Jesus na cruz, como acontece na liturgia da Sexta-Feira Santa.

A lista de obras de arte contemporânea que desprestigiam o cristianismo, em particular o catolicismo, é muito longa. Por exemplo, a “Rã crucificada”, do artista alemão Martin Kippenberger, uma rã verde (de facto, muito feia), crucificada, enquanto tem na mão (ou pata) direita uma cerveja e na esquerda, um ovo. Outro exemplo poderia ser o crucifixo obscuro feito por Federico Solmi, de Bolonha. O trabalho apresentado como a “renovação” de um crucifixo de 1200, representa uma figura nua na cruz (o próprio artista, sorrindo maliciosamente), com o turbante na cabeça, a cruz no peito e o órgão sexual erecto, saindo da roupa íntima.

Também fora do Ocidente não faltam as provocações artísticas anticristãs. Uma imagem do Sagrado Coração de Jesus, com um cigarro na mão direita e uma lata de cerveja na esquerda, publicada num livro didático do Ensino Fundamental, abalou a comunidade cristã da Índia no ano passado. Ainda em 2010, foi possível “admirar”, num *shopping* da capital chinesa, Pequim, um Cristo crucificado com o rosto do personagem da Disney “por excelência”, Mickey Mouse.

Não há dúvida. A arte contemporânea muitas vezes procura provocação em vez de beleza, inclusive o escândalo. Que um dos alvos favoritos seja a cruz ou Jesus crucificado, convida à reflexão. Talvez isso signifique que “o escândalo da cruz” - como São Paulo escreveu em sua Epístola aos Gálatas (5,11) - continua suscitando reacções, também adversas, no mundo da arte contemporânea. Mas isso deve acontecer necessariamente de maneira tão vulgar ou mesmo ainda pior?

(notícias de *Zenit.org* – 10 Março 2011 – com comentários de Paul de Maeyer)

OS 75 ANOS DE «ACÇÃO MÉDICA»

No sábado, dia 26 de Novembro próximo, irá decorrer em Lisboa uma sessão comemorativa dos 75 anos de fundação da revista «Acção Médica». A sessão terá lugar na Universidade Católica, em Lisboa, iniciando-se às 10.00 horas. Após uma breve apresentação feita pelo Presidente da AMCP, Prof. José Rueff, usarão da palavra, sucessivamente, o director da revista, o Prof. Walter Osswald e o Prof. Laureano Santos. A sessão terminará no final da manhã com uma Eucaristia de acção de graças. Estão convidados para esta simples cerimónia comemorativa Sua Eminência o Presidente da Conferência Episcopal Portuguesa e o Bastonário da Ordem dos Médicos.

Convidamos todos os membros da Associação a estarem presentes e participarem nesta pequena festa comemorativa.

«ACÇÃO MÉDICA» HÁ 50 ANOS

Comemoração do 25º aniversário

Neste momento, em que celebramos os gloriosos 75 anos da nossa Revista, é de todo o interesse reler (e meditar) o que ficou consignado nas páginas do número duplo (Julho a Dezembro de 1961) com que ficaram assinaladas as bodas de prata de “Acção Médica”.

Muito apropriadamente, a revista inicia-se com a reprodução das cartas do Secretário de Estado, Cardeal Tardini e do Cardeal Patriarca, D. Manuel Gonçalves Cerejeira, que se regozijam com a vitalidade, interesse e utilidade da publicação e exprimem a sua gratidão aos responsáveis e os incitam a continuar com renovado entusiasmo a importante tarefa que cabe à imprensa médica de inspiração católica.

Segue-se um curioso artigo do Professor Abel Tavares acerca das instruções e declarações dos Concílios Ecuménicos acerca dos problemas morais da medicina. Respingando do rico acervo as referências a esses problemas, o Autor sublinha a coerência da doutrina magisterial no que respeita a problemática como a do abortamento, da mutilação, do incesto e da consanguinidade, desde os mais remotos Concílios. O baptismo dos recém-nascidos em risco de vida ou as relações entre fé e ciência são temas que, obviamente, só muito mais tarde são objecto de estudo e recomendação.

Manuel Júdice Halpem, então assistente e que viria a ser distinto professor e investigador em Bioquímica, é o autor de um bem ordenado e sistemático estudo sobre “Os milagres e a ciência”. A reler, numa altura em que tantas vozes ignorantes e atrevidas proclamam, a propósito de tudo e de nada, que não há milagres.

Uma breve nota, não assinada e certamente da responsabilidade do Director da revista, José de Paiva Boléo, defende as intervenções e a idoneidade do Dr. Mendonça e Moura, na altura presidente do Conselho Regional do Porto da Ordem, alvo de ataques e difamação por parte de colegas de Lisboa, que divergiam das suas vigorosas opiniões, a propósito das carreiras médicas.

A recente publicação da encíclica Mater et Magistra, de João XXIII, é objecto de uma breve análise, transcrevendo-se a parte respeitante aos problemas demográficos e de crescimento económico.

A anteceder as usuais secções de Vida Associativa (com o relato da Assembleia Geral comemorativa dos 25 anos da revista) e Sínteses Médicas Trimestrais, elaboradas pelo incansável Dr. Rosado Pinto, uma extensa reportagem sobre as Jornadas Internacionais da Imprensa Médica Católica, promovidas pela AMCP, no âmbito das comemorações dos 25 anos e realizadas sobretudo graças ao entusiasmo e dedicação do Dr. Santana Carlos. Foram dois dias de reflexão e estudo, em que estiveram representadas cerca de uma dúzia de revistas de Associações de Médicos Católicos, da Grã-Bretanha às Filipinas e da Itália à Austrália. Pela importância e significado actuais das reflexões apresentadas, voltaremos ao assunto no próximo número de “Acção Médica”.

Walter Osswald

ACÇÃO MÉDICA

N.º 3 - 2011

RESUMOS

- ABERTURA: Testamento Vital - As diretivas antecipadas da vontade –**
 Alexandre LAUREANO SANTOS 3
- Nas circunstâncias limite do ocaso da vida humana a dignidade, a vontade e os interesses da própria pessoa em situação crítica constituem os valores mais elevados a defender prevalecendo sobre todos os valores de ordem biomédica, científica ou económica. A existência de diretivas antecipadas da vontade no âmbito da prática médica, embora se adapte mal às circunstâncias concretas dos doentes, apenas reforça e legitima as boas práticas clínicas.
- Morte Cerebral: “finis vitae” ou “ficta mortis” –** João Oliveira GERALDES 7
- Neste longo artigo são abordados os tópicos seguintes: § 1. Razão de ordem e enunciação do problema; § 2. Coordenadas do «problema declarativo da morte»: a) A morte como processo e o critério declarativo tradicional; b) A influência das técnicas de reanimação e de suporte da vida: o «coma depressivo»; c) A alteração do critério declarativo, o «Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death»; d) A crítica de Hans Jonas e a incompletude do «sistema declarativo da morte»; e) A necessidade de enquadramento referencial: James Bernat, a teoria do «organismo como um todo» e o critério da «morte cerebral total»; f) A não homogeneidade do critério declarativo na teoria do «organismo como um todo»: a teoria de Christopher Pallis e a morte do tronco encefálico; g) A crítica aos critérios declarativos da morte cerebral total e da morte do tronco encefálico: os argumentos de Allan Shewmon, a dimensão global da integração somática.; h) O relatório «Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President’s Council on Bioethics»; § 3. O «problema declarativo da morte» no direito português; a) O critério tradicional; b) Introdução do critério declarativo da «morte cerebral»; c) A ausência de critério declarativo expresso na reforma de 1976; d) A “reintrodução” legal da «morte cerebral» e a Declaração da Ordem dos Médicos: do critério da morte cerebral ao critério da morte do tronco encefálico; e) «Morte cerebral total» ou «Morte do tronco encefálico»?; f) A adopção do critério da «morte do tronco encefálico» na reforma de 1999; §4. Considerações finais sobre o estado actual do «problema declarativo da morte».

- Religião e conflitos globais - «A.M.» / «Zenit»** 63

Trata-se de um conjunto de estudos reunidos num livro recente, editado pela Universidade de Toronto, intitulado *Religião, Identidade e Governo Global: Ideias, Evidências e Prática*. Nele são postos em evidência factos indiscutíveis: o primeiro é que o progresso e a cultura não conduziram ao desaparecimento da religião. Pelo contrário, ela transformou-se, cada vez mais, numa poderosa força global. Apesar disso, a teoria das relações internacionais continua a ignorá-la, considerando-a ainda como irrelevante. O segundo facto é talvez consequência do primeiro: hoje, como talvez nunca, existe uma “reação laicista e borbulhante”, como lhe chama um dos autores, completamente irracional e inútil, pois não é possível entender a religião rejeitando-a. O terceiro facto, apontado por uma autora, diz respeito a uma característica muito própria do facto religioso: a distinção entre a doutrina e a prática e nesta a importância da actividade humanitária que a caracteriza. O conjunto de estudos aborda ainda o problema da violência, condenado pelas religiões, e ainda o papel dos últimos Papas na defesa de políticas sociais e de não violência. Neste último aspecto é salientado o papel diplomático e social da Igreja Católica como intermediário na resolução de conflitos.

- Receita electrónica –** Ângela Maria PEIXOTO, Liliana LOURENÇO 68

A recente entrada em vigor da obrigatoriedade do receituário electrónico levou as AA. a colocarem a questão: será o Ministério da Saúde capaz de garantir a segurança dos dados pessoais dos utentes que diariamente a ele recorrem? A resposta, à partida, é negativa. Esta negativa exige explicações: é o que é feito a seguir, chamando a atenção para a impossibilidade de manter a confidencialidade dos dados que são exigidos, quer do médico prescritor, quer do doente. Para o Ministério da Saúde as vantagens são evidentes: em dois dias pode ter a informação da despesa correspondente, cobrar essa verba aos sub-sistemas de saúde, e controlar a despesa. Para o doente, poderá simplificar-lhe a vida, pois pode dirigir-se directamente à farmácia sem papel, pois o receituário circula informaticamente e é por essa via que a farmácia o recebe, entregando os medicamentos ao doente imediatamente. Não é preciso dizer muito mais para se concluir que está claramente posta em causa a confidencialidade – as bases de dados não são herméticas.

TEMAS ACTUAIS

- **O Papa em Madrid** 77
- **Religião e Cultura –** Mario VARGAS LLOSA 78
- O escritor peruano, Prémio Nobel da Literatura e agnóstico confesso, faz uma apreciação muito positiva da visita do Papa a Madrid, onde presidiu às Jornadas Mundiais da Juventude. Neste comentário, publicado no jornal «El País», critica duramente os contestatários e justifica a sua posição, terminando com a afirmação: «todos, crentes e não crentes devem alegrar-se por aquilo que aconteceu na capital espanhola».

- **Judaísmo e as Jornadas da Juventude em Madrid** – David HATCHWELL / Miriam Diez i BOSCH 83
Entrevista conduzida por *Zenit* ao Vice-Presidente da Comunidade Judaica de Madrid, que desde o início da sua preparação, deu todo o apoio à organização da Jornada Mundial da Juventude. Considerou esta viagem como um êxito absoluto e um retorno aos valores, neste grande encontro de jovens saudáveis, sensíveis a uma espiritualidade que é esperança no futuro.

NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS

- **Recuperação do Hospital do Songo (Moçambique)** 89
- **Hungria – nova Constituição** 89
- **Promundo – um exemplo notável de voluntariado** 90
- **Liberdade de criação ou liberdade de insulto?** 91
- **Os 75 anos de «Acção Médica»** 95
- **«Acção Médica» há 50 anos** 96

Branca

ACÇÃO MÉDICA

N.º 3 - 2011

SUMMARIES

EDITORIAL: Vital WILL– Alexandre LAUREANO SANTOS 3**Cerebral Death: “finis vitae” or “ficta mortis”** – João Oliveira GERALDES 7

In this long article the following issues are addressed: § 1. Reason of order and problem identification; § 2. Coordinates of the ‘death declaration problem’: a) Death as a process and the traditional declaration criterion; b) the influence of reanimation techniques and life support: the ‘coma dépassé’: c) the alteration of the declarative criterion, the ‘Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death’; d) Hans Jonas’ critic and the incomplete ‘death declaration system’; e) the need of a referential scaffold: James Bernat, the theory of ‘the organism as a whole’ and the criterion of ‘total cerebral death’; f) the non homogeneity of the declarative criterion in the theory of the ‘organism as a whole: the theory of Christopher Pallis and the death of the brain stem; g) the critic of the declarative criteria of total cerebral death and death of the brain stem: the arguments of Allan Shewmon, the global dimension of somatic integration: h) the report ‘Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President’s Council on Bioethics; § 3. The ‘death declaration problem’ in Portuguese Law; a) the traditional criterion; b) intraduction of the ‘cerebral death’ declaration criterion; c) the absence of of explicit declaration criterion in the reform of 1076; d) the legal ‘re-introduction’ of ‘cerebral death’ in the Physicians Order Declaration: from the criterion of cerebral death to the criterion of death of the brain stem; e) ‘Total cerebral death’ or ‘Death of the brain stem’?; the adoption of the criteria of ‘death of the brain stem’ in the 1999 reform; §4. final considerations of the current state of the ‘death declaration problem’.

Religion and global conflicts - «A.M.» / «Zenit» 63

A group of studies put together in a book, published by the University of Toronto, entitled *Religion, Identity and Global Government: Ideas, Evidences and Practice*. It shows the evidence of indisputable facts: first that the progress and culture didn’t lead to the religion disappearance; On the opposite, it became even more, a powerful global force; In spite of it, the theory of international relations continues to ignore it, considering religion as irrelevant. The second fact is possibly a consequence of the first: today, as never before, there is a ‘lay and sprouting reaction’, as the authors call it, completely irrational and useless, because one can not understand religion, ignoring it. The third fact is pointed out by an author, concerns a characteristic intrinsic to the religion fact: the distinction between doctrine and practice and in the last one the importance of the humanitarian activity that

characterizes it. The group of studies approaches the problem of violence, condemned by religions, and the role of the last Popes in the defense of social and non violent politicians. In this last aspect the diplomatic role of the Catholic Church is emphasized as an intermediary in the resolution of conflicts.

Electronic prescription – Ângela Maria PEIXOTO, Liliana LOURENÇO 68

The recent approval of the obligatoriness of electronic prescription led the Authors to put the question: is the Health Ministry able to guarantee the safety of personal data of patients that it serves daily? The answer is negative. This negative demands explanations: which is done afterwards, calling to attention for the impossibility to maintain the confidentiality of the data demanded, both from the prescribing physician and the patient. For the Health Ministry the advantages are evident: in two days it may have the corresponding expenditure information, receive that amount from health sub systems, and control the expenses. To the patient, life becomes easier, as he may go directly to the pharmacist without a paper, as the prescription goes through informatics, and the pharmacist receives it, delivering the drugs immediately. One doesn’t need to say more to conclude that confidentiality is at stake – the data bases aren’t hermetic.

CURRENT ISSUES

• **The Pope in Madrid** 77• **Religion and Culture** – Mario VARGAS LLOSA 78

The Peruvian writer, Nobel Prize in Literature and confessed agnostic, makes a very positive appreciation of the Pope’s visit to Madrid, where he presided the Youth Day. In this comment, published in the daily ‘El País’, he harshly criticizes the ones that contested and justifies his position, finishing with the statement: ‘everyone, believers and non believers should be glad for what happened in the Spanish capital’.

• **Judaism and the World Youth Day in Madrid** – David HATCHWELL / Miriam Diez i BOSCH 83

Interview by the Madrid Jewish Community Vice President, who gave full support to the organisation of the World Youth Day from the beginning of its preparation. He considered this trip an absolute success and a comeback to the values, in this great meeting of healthy youth, sensitive to the spirituality that’s the hope in the future.

NEWS AND COMMENTS

• **Restoration of Songo’s Hospital (Mozambique)** 89• **Hungary – the new Constitution** 89• **Promundo – a notable example of volunteering** 90• **Freedom to create or freedom to insult?** 91• **The 75th anniversary of «Acção Médica»** 95• **«Acção Médica» 50 years ago** 96

NOVOS ASSOCIADOS

Foram admitidos como novos associados:

- Dra. Maria Amélia dos Santos Dias Gabriel — Guarda
- Dra. Carlota Isabel de Matos Cruz Simões Barreira — Oeiras
- Dra. Sofia do Rosário Mónica Costa Charro — Cascais
- Dra. Ana Rita da Cruz Almeida Sousa Gomes — Lisboa

Branca