



PATRONOS
da
MEDICINA



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

ANO LXXVII, Nº 2

JUNHO 2013

Fundador

José de Paiva Boléo

Director

J. Paiva Boléo-Tomé

(paivaboleotome@gmail.com)

Administradora

Ana Sarmento

(antoniosarmento55@sapo.pt)

Sub-Director

Alexandre Laureano Santos

(a.laureano@netcabo.pt)

Redactores

Abel Sampaio Tavares

Laureano Santos

Luís Rosário

José Augusto Simões

Vitor M. Neto

José E. Púta Grós Dias

Conselho Científico

Walter Osswald

Levi Guerra

Daniel Serrão

Henrique Vilaça Ramos

Jorge Biscaia

José Pinto Mendes

Lesseps L. dos Reys

Número de Identificação: 501983589

ISSN – 0870 - 0311 – INTERNATIONAL STANDARD SERIAL NUMBER

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

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

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

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

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

Tiragem: 750 exemplares

**ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS
CATÓLICOS PORTUGUESES**

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

DIRECÇÃO NACIONAL

Presidente: José Rueff Tavares

Vice-Presidente: João Paulo Malta

Secretário: Ana Félix

Tesoureiro: Ana Sarmento

Vogais: Margarida Neto

Aldina Brás

José Patena Forte

Rui Barreira

Assistente: Conégo Dr. José Manuel Santos Ferreira

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

NÚCLEOS DIOCESANOS (PRESIDENTES)

Aveiro: Jorge Rodrigues Pereira

Braga: Maria Emília Duarte Oliveira

Coimbra: Augusto Pinto

Faro: Santos Matos

Guarda: Víctor Santos

Lisboa: Sofia Reimão

Porto: Manuel Pestana Vasconcelos

Viana do Castelo: Avelino Gomes Amorim

Viseu: João Morgado

SUMÁRIO

ABERTURA: Plano inclinado J. BOLÉO-TOMÉ	5
Medicina e Nova Evangelização Bernard ARS	7
Actividade Médica ao serviço do Homem Roque da Cunha FERREIRA	25
A arte de cuidar dos doentes e o bem comum Alexandre Laureano SANTOS	33
Atitudes éticas dos profissionais de saúde nas relações humanas José Augusto SIMÕES	47
TEMAS ACTUAIS	
A coadopção e o direito a um Pai e uma Mãe Pedro Vaz PATTO ...	71
Aborto e Psicologia Patrícia BERNARDO	74
O aborto destrói as pessoas Renato PUCETTI	76
NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS	
⊙ Pastoral da Saúde – a arte de cuidar;	81
⊙ Prematuro dado como morto: a surpresa;	83
⊙ Coadopção: o crime e a dor;	84
⊙ Nota de leitura do livro. UM OLHAR PARA PORTUGAL NO MUNDO	87
⊙ Acção Médica há 50 anos.	90

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Pagamento adiantado

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

37,50 €

Não Associados:

Portugal

Um ano (4 números)

20,00 €

Avulso

5,00 €

Estrangeiro

Acrescem as despesas de envio

Estudantes

10,00 €

ABERTURA

PLANO INCLINADO

Bélgica, Janeiro de 2013: o país é sacudido por um facto aparentemente sem precedentes – a eutanásia de duas crianças surdas mudas, os gémeos Verbessem. Insisto: aparentemente.

Em vigor desde 28 de Maio de 2002, a lei da eutanásia, na Bélgica, matou uma média de 1000 doentes por ano. Seriam apenas os doentes terminais, a pedido dos mesmos, como a lei determinava?

A liberalização de critérios tem sido a regra quando se permite pôr em causa a vida humana. No início porque foi o próprio “interessado” que redigiu, com saúde, um vago «testamento vital» que abre a porta à eliminação da vida. Depois instalou-se nos espíritos uma coisa a que chamam “compaixão” – a morte eutanásica seria a “morte por compaixão”... Compaixão de quem? Do doente ou dos familiares, dos herdeiros, ou da sociedade?

O caminho estava aberto. O que se passa agora na Bélgica após o caso Verbessem, foi o que se passou na Alemanha nazi ou na Holanda, ou onde quer que tenha sido aprovada uma lei da eutanásia: o plano inclinado que conduz (ou conduziu...) a uma suposta selecção da raça humana, está sempre apto a funcionar, abrindo totalmente a porta para a eliminação dos que não agradam ou incomodam, ou são considerados inúteis.

Agora na Bélgica, em que uma fabricada pressão da “opinião pública”, dos meios de comunicação social e de responsáveis políticos, pede a extensão da lei da eutanásia às crianças deficientes e aos doentes em estado de demência incurável (recordam-se da invenção e primeiras aplicações das câmaras de gás?). A seguir será talvez entre nós, onde os primeiros passos já foram dados com um testamento vital duvidoso; ou em qualquer outro lugar deste mundo, onde seres humanos se arrogarem o direito de dispôr da vida de outros por conveniência (a falsa compaixão...). Assim, e seja qual for o local, a vida humana encontra-se cada vez mais posta em causa, deixando de ser um valor, superior à vontade humana.

Da Hungria chega-nos outro exemplo que pode ser dramático para a Nação, por ser de sentido contrário: fiel à sua tradição de respeito pelos valores superiores do espírito, colocou na Constituição, claramente, o respeito pela vida e natureza humanas em qualquer circunstância, o que significa, para os Húngaros, que nenhuma vida humana pode ser destruída, seja pelo aborto, seja pela eutanásia.

Imediatamente se levantaram as vozes libertárias estrategicamente situadas nos órgãos que governam esta suposta “união” europeia, onde há muito o generoso espírito comunitário de Schuman se encontra totalmente pervertido. Por isso, foram já propostas medidas repressivas contra um Estado que acreditou ser soberano – a lei do “Grande Irmão” terá que ser cumprida.

Este é o panorama numa Europa sem ideais, que se esforça por enterrar e esquecer o respeito pelos valores que a fizeram admirável.

E nós, que soubemos levar a todos os recantos deste mundo a mensagem de vida eterna, o que fazemos, o que aceitamos, como reagimos perante os doentes terminais, os doentes diminuídos de qualquer idade, os doentes atingidos por demência, enfim, perante todo o sofrimento humano?

J. Boléo-Tomé

MEDICINA E NOVA EVANGELIZAÇÃO¹ CINQUENTA ANOS APÓS O CONCÍLIO VATICANO II

Prof. Bernard Ars ²

Introdução

Neste período de crise generalizada da fé são evidentes as acrescidas dificuldades na transmissão do Evangelho. A principal razão invocada é o contexto da cultura dominante. *Esta circunstância constituirá um obstáculo ou um desafio para a Igreja, para o cristão e para o médico?*

A Evangelização consiste na proclamação da mensagem de salvação expressa nos Evangelhos com o objectivo da sua difusão e de fazer viver e expandir a religião cristã. A Evangelização tradicional ou clássica refere-se principalmente ao anúncio dos Evangelhos às nações que ainda não os conhecem (*ad gentes*). É a actividade da Igreja concretizada na “*missão*” e nos “*missionários*”. Ao longo da história da civilização e também nos tempos modernos muitos povos se converteram e foram evangelizados deste modo. Infelizmente muitos não se mantiveram na fé católica. E, facto ainda mais triste, as nações outrora com uma fervorosa e generalizada fé

¹ Comunicação ao XXII Congresso da FEAMC, Roma, 15-18 Novembro de 2012.

² Presidente da Sociedade Médica Belga de S. Lucas (*Société Médicale Belge de Saint-Luc*). Email: arsbernard@hotmail.com.

cristã, tornaram-se países que de cristãos apenas retêm o nome, ou tornaram-se mesmo civilizações actualmente designadas como pós-cristãs³. De facto, nestas sociedades a presença do cristianismo é apenas de uma aparência sociológica sem referências pessoais nem atitudes de prática religiosa.

A Nova Evangelização refere-se essencialmente a pessoas que já tiveram contacto com o Evangelho e com a Igreja mas que, por razões diversas, não viveram o encontro pessoal com Cristo. A sua fé não teve oportunidade de se desenvolver. Esta nova evangelização consistirá, pois, num esforço de revitalização e de um redespertar da fé nos meios já tocados pela tradição cristã, cuja prática se encontra em estado latente ou adormecida. Trata-se, portanto, de uma evangelização que importa refazer, isto é, fazer de novo num mundo que esqueceu a sua fé tradicional. E é “nova”, também, porque o mundo se modificou e porque os métodos e os caminhos de outrora não estarão certamente adaptados ao mundo de hoje.

É neste contexto que se coloca ao médico actual a seguinte questão: *como viver e partilhar a sua fé cristã no quadro do exercício da actividade da medicina dos tempos actuais, também ela própria em grande mutação?*

Nesta apresentação daremos algumas referências históricas, tentando posteriormente caracterizar as ideias dominantes na cultura contemporânea em que vivemos. Uma enumeração dos principais objectivos da nova evangelização permitirá ainda dar relevo aos elementos necessários para encontrar uma resposta às questões que inicialmente propusemos.

³ Rigal Jean. *La Nouvelle Evangelisation. Comprendre cette nouvelle approche. Les questions qu'elle suscite*. In: Nouvelle Revue Theologique. N° 127, 2005, pp 436-37.

1 - Marcos da “Nova Evangelização”

A primeira evangelização, referida nos Actos dos Apóstolos, descreve o espírito e o modo como os Apóstolos e os seus colaboradores anunciaram a Boa Nova de Jesus Ressuscitado. Muito mais do que livros de história, os Actos e os outros livros do Novo Testamento designam as normas da evangelização para a evolução subsequente da história dos homens⁴. Os Apóstolos e os seus continuadores cumpriram a missão arrebatados pela fé na Ressurreição de Jesus Cristo e pela força do Espírito Santo. Apenas depois de terem vivido, como Paulo, os seus caminhos para Damasco, se transformaram corajosamente a ponto de arriscar a vida pela sua fé em Jesus Cristo.

Durante muitos séculos, a evangelização desenvolveu-se num contexto de cristianismo dominante nas várias culturas. Todavia, logo desde as primeiras fases da expansão do cristianismo e até aos nossos dias, houve muitos tipos de contestação da fé cristã que emergiram de realidades históricas diversas.

No século passado, em parte como reacção às propostas materialistas, o estilo da missão tornou-se mais directo. Tomaram corpo múltiplas formas da “*Acção Católica*”. Mais especificamente, nos domínios da medicina criaram-se múltiplas estruturas da amplitude nacional, europeia (FEAMC) e mundial (FIAMC), as quais, adaptando-se às circunstâncias, se mantêm ao serviço da Igreja nos tempos actuais. Mais tarde, quando a descristianização se acentuou, sobretudo na Europa, começaram a surgir a partir de 1970 as “*Novas Comunidades*”.

Antes do Concílio Vaticano II a missão dos leigos consistia numa forma de apostolado mandatado pela hierarquia da Igreja. De-

⁴ Leonard A. J. *Le Coeur de la Nouvelle Evangelisation*. <http://www.metro-polis2012.be>.

pois do Concílio, pelo contrário, os cristãos leigos foram instituídos missionários pelo próprio facto do seu baptismo. Em comunhão com a hierarquia da Igreja, os baptizados têm iniciativas apostólicas pessoais e comunitárias sem dever esperar uma palavra de ordem do seu bispo ou da hierarquia. Nesta época tomou corpo a ideia da Nova Evangelização através da palavra do Papa Paulo VI e do Papa João Paulo II.

Na exortação apostólica “*Evangelii nuntiandi*” (1975), o Papa Paulo VI⁵ fala de novos tempos para a evangelização: “*as condições da sociedade obrigam-nos a modificar os métodos, a procurar por todos os meios, a estudar os modos de fazer chegar aos homens de hoje a mensagem cristã*” e precisa que os diferentes meios de evangelização “*se situam no fim da linha daqueles que o Concílio Vaticano II nos transmitiu, sobretudo nas constituições “Lumen Gentium”, “Gaudium et Spes” e no decreto “ad Gentes”.*”

No último número deste mesmo capítulo, o Papa Paulo VI afirma: “*a evangelização é uma marcha complexa composta por elementos variados: renovação da humanidade, testemunho, anúncio explícito, adesão do coração, entrada na comunidade, acolhimento dos sinais, iniciativa do apostolado. Alguns destes elementos podem parecer contrastantes, mesmo reciprocamente exclusivos. Na verdade, eles são complementares e mutuamente enriquecedores. É preciso encarar cada um deles enquadrado em todos os outros.*”

Convém compreender que o facto de evangelizar não consiste em estender geograficamente o conhecimento e a assimilação do Evangelho. Muito mais do que isso, consiste em impregnar todas as esferas da actividade humana no sentido da conversão e na conversão total das pessoas.

⁵ S.S. Papa Paulo VI. *L'évangélisation dans le monde moderne. Exortation apostolique Evangelii nuntiandi* (8 Dez 1975).

Foi o Papa João Paulo II quem empregou pela primeira vez a expressão “*Nova Evangelização*”⁶. Estava na Polónia, em 9 de Junho de 1979, na presença dos operários de Nowa Huta, um dos focos mais intensos de resistência ao comunismo: “*Nestes tempos novos, nestas novas condições de vida, o Evangelho é de novo anunciado. Começou uma nova evangelização, como se se tratasse de um novo anúncio, ainda que na realidade seja sempre o mesmo anúncio. A cruz mantém-se de frente para o mundo que nasce.*”

Em 1983, no Haiti, o papa retomou o mesmo tema exortando os fiéis a lançar-se numa “*nova evangelização, nova no seu ardor, nova nos seus métodos e nova na sua expressão*”.

O Papa João Paulo II insiste e chama os leigos a desempenhar um papel nesta nova evangelização. Em 1988, na sua exortação apostólica pós-sinodal *Christifideles laici*, dedicada à missão dos leigos na Igreja e no mundo, ele insiste várias vezes na “*urgência*” de uma nova evangelização conduzida pelos leigos: “*Chegou a hora de emprender uma nova evangelização: o fenómeno da secularização atingiu os povos que são cristãos desde os mais recuados tempos; este fenómeno reclama, sem mais atrasos, uma nova evangelização.*” Em 1991, na sua Carta Encíclica *Redemptoris Missio* sobre o valor da missão, a expressão “*nova evangelização*” aparece nada menos do que quinze vezes.

O Papa Bento XVI tomou como seu o objectivo definido pelos seus predecessores e mobilizou a opinião do povo de Deus no sentido de o promover. No *motu próprio* “*Ubicumque et semper*”, que instituiu o Conselho Pontifício, afirma que “*a nova evangelização é uma resposta da Igreja ao fenómeno do abandono da fé que aumentou nas sociedades contemporâneas e nas culturas que desde há séculos se mantinham impregnadas da mensagem evangélica.*”

⁶ Baresta Luc. *Jean-Paul II et la Nouvelle Evangelisation. Enquête sur la Nouvelle Evangelisation*. Homilia em Nowa Huta. Polónia. Paris. Le Sarment. pp 13-21.

2 – Referências históricas e culturais

Depois da revolução cultural de 1968, pela presença dominante do pluralismo nas opiniões públicas e no sentido de não ser acusado de violentar o mundo, o cristão católico praticou uma espécie de renúncia à expansão do Evangelho. Distanciou-se do Magistério da Igreja e da afirmação dos princípios e dos valores cristãos. Viveu de tal modo um mal-entendido que se referia ao respeito pelas outras identidades que chegou ao ponto de perder a sua própria identidade. Concomitantemente, assumindo a pesada influência da filosofia das luzes, o laicismo transformou-se em laicidade. Isto é, evoluiu passando de um método de trabalho a uma forma de intolerância onde a fé não tinha lugar na praça pública. Para os laicistas, o católico não terá o direito de assumir a sua fé senão no foro privado, com a condição da renúncia à sua expressão nos meios profissionais, culturais, sociais e políticos. Muitos cristãos aceitaram e conformaram-se com este estatuto. Todos, assim, em sociedade, sofremos com a prática da secularização dos costumes e da cultura, sob a homologação e a pressão dominadora dos media.

Regressando à prática clínica, o católico que exercia a Medicina também se via envolvido pela cultura dominante que se repercutia necessariamente na “arte de curar”. Esta perdeu muito das suas dimensões holísticas e relacionais e, em cada dia, parece cada vez mais dominada por uma tecnologia, porventura eficaz, mas cada vez mais distante da compreensão comum e mais despersonalizada. A utilização abusiva desta tecnologia desarticulada da clínica, longe de promover o conhecimento e a consciência profissional, põe em evidência a própria tecnologia em prejuízo dos seus objectivos principais que são o da luta contra o sofrimento e o da promoção da vida. Estas atitudes, antes de serem imorais, são amorais. Colocam no foco das atenções as descobertas científicas e as tecnologias, promovendo um tipo de pensamento uniformizado segundo o qual tudo o que a técnica faculta deve ser experimentado, realizado,

praticado e promovido. As consequências éticas de tais práticas adquirem ainda feições mais dramáticas quando se tem em conta que as fronteiras entre a vida e a morte nos surgem cada dia mais esbatidas. A designada “*religião laica*” pretende que a Lei tenha primado sobre a Ética, esquecendo os postulados de Nuremberga que impunham o primado da Ética sobre a Lei ⁷.

3 – Objectivos da nova evangelização

Evangelizar sem adorar é fazer *marketing*; assim como adorar sem evangelizar arrisca-se a ser uma forma de evasão da vida comunitária. Impõe-se uma distinção semântica: o “*karigma*” é o termo escolhido para designar o conteúdo essencial da fé na pessoa de Jesus Cristo, na sua Morte e na sua Ressurreição, que oferece o perdão dos pecados. Trata-se da fé anunciada e transmitida aos não crentes pelos primeiros cristãos. Este termo continua ainda hoje a ser utilizado para evocar a proclamação missionária do essencial da fé cristã. Ele deve preceder a “*catequese*” que consiste na transmissão da fé e das suas implicações.

O *karigma* está para a *catequese* como o nascimento está para o crescimento. É a condição para que a catequese frutifique. Nos dias de hoje, a fé já não é transmitida de geração em geração: tornou-se numa procura e num encontro pessoal. É esta a razão pela qual a nova pedagogia missionária está centrada, antes de mais, na autenticidade do Evangelho proclamado e vivido e não no anúncio dos dogmas e das práticas religiosas. Baseia-se no testemunho humilde e na experiência pessoal do amor do Pai, na presença de Cristo na vida dos homens e na iluminação do Espírito Santo. A evangelização deve, antes de mais, ter a Escritura como ponto de partida. Antes

⁷ De Charentenay P. *Les nouvelles frontières de la laïcité*. Desclée de Brouwer. I. S. B. N. : 978-2-220-06153-5, 2009. Pp 218.

de “*partir para os outros*” em nome de Jesus é preciso previamente “*vir a Ele*”.

A fé cristã não aparece hoje aos homens e às mulheres comuns como uma boa nova. Muitos vêm na fé apenas um suporte da moral, recusando os rigores da prática religiosa pelo fascínio das luzes do mundo hedonista actual. O materialismo e a sociedade de consumo fizeram uma deriva da felicidade para a fruição imediata dos prazeres da vida e os nossos contemporâneos não sentem necessidade de outra forma de salvação. *Como evangelizar então esta sociedade de consumo mais apta a criar incessantemente novas necessidades do que disposta a abrir-se às aventuras do espírito?*

Sublinhe-se que muitos dos nossos companheiros de jornada procuram os caminhos de uma nova espiritualidade que dê um sentido, uma alma á sua existência. E a fé cristã não é essencialmente uma doutrina ou uma moral. É o caminho para o destino que o homem ainda não é na vida terrena. É a abertura da existência para a essência da humanidade.

A relação entre a “*ausência de Deus*” na nossa sociedade e aquilo que designamos por desumanização da medicina torna a medicina inseparável da nova evangelização ⁸.

4 - Como viver concretamente e praticar a medicina sendo crente e cristão católico?

Na sua publicação recente “*Scientifique et croyant*”⁹, Dominique Lambert e Valérie Paul-Boncour apontam com lucidez e grande acuidade as dificuldades encontradas pelos cientistas que vivem a

⁸ Manns F. *Qu'est ce que la nouvelle évangélisation?* Bayard, Montrouge. 2012, ISBN-978-2-227-48346-0.

⁹ Lambert D., Paul-Boncour V. *Scientifique et Croyant. Pistes de réflexion pour chercheurs et enseignants catholiques. Éditions de l'Emmanuel.* Paris, 2011, ISBN 978-2-3289-157-3, pp 210.

prática da ciência em harmonia com uma vida de fé. A sua análise, que se dirige aos católicos comprometidos com a ciência, também se dirige aos católicos que exercem a medicina.

Os médicos que exercem medicina nos meios que empurram para a esfera estritamente privada a vida da fé encontram dificuldades de várias ordens nas suas actividades práticas:

- a) Problemas comuns a todas as actividades profissionais: como o de manter uma vida de oração na actividade profissional que é exigente e esgotante num meio que não tem nenhuma ligação com a Igreja e com qualquer atitude de prática religiosa.
- b) Problemas mais específicos que estão ligados ao modo de gerir as orientações da própria investigação etiológica ou terapêutica e que não estão de harmonia com o ensino moral da Igreja; outras questões que se relacionam com o testemunho e a coerência da fé nos meios agnósticos que afastam da vida comum todas as referências religiosas.
- c) Problemas que se colocam quando se procura estabelecer uma articulação entre uma visão teológica respeitante ao homem e à natureza e a visão materialista que predomina nos meios científicos, esta, muitas vezes, subtilmente envolvida por pressupostos filosóficos que são incompatíveis com a teologia da criação e com a antropologia cristã.

4.1 – Estudar

Existirá uma maneira específica de viver e de, nas actividades diárias, manter uma vida de fé no ambiente de gabinetes de consulta, de hospitais, de laboratórios, dos centros de investigação públicos ou privados, e nos centros de ensino superior universitários ou não universitários?

Em primeiro lugar, convém insistir no profissionalismo que deve existir no católico que exerce a medicina. O médico deve ter uma preocupação de estudo e de uma cuidada preparação

científica e tecnológica; mas também deve ter uma preocupação de aprofundamento e de estudo da Palavra de Deus e da doutrina da Igreja.

Deve procurar a verdade com humildade em todos os domínios do conhecimento, sejam eles científicos, filosóficos, teológicos ou artísticos... O sentido do “*profissionalismo*”, que infelizmente é muitas vezes apenas tomado como uma espécie de desempenho funcional adequado no local do trabalho, deve ser encarado como o exercício das virtudes no enquadramento profissional. Aquele que reflecte Cristo, o santo, manifesta as virtudes heróicas que, no caso do médico cristão, se devem manifestar no seu trabalho profissional.

O cristão deve identificar-se com Cristo que veio para servir e não para ser servido (Mt 20, 28): o profissionalismo manifesta-se, como uma primeira exigência, na ambição de servir com a deliberada preocupação de atingir os padrões da mais elevada competência.

Para o médico cristão, colocado perante o desafio da nova evangelização, importa ainda colocar-se nos patamares mais elevados do domínio científico que exerce, por dois motivos: por um lado, pelo contributo que a competência profissional confere ao médico como uma pessoa que deve reflectir “*o sal e a luz*”; por outro lado, quanto maior número de católicos houver nos primeiros planos da ciência mais se tornará evidente que não existe contradição entre a fé e a razão, o que constitui uma demonstração em absoluto necessária na perspectiva da nova evangelização.

O médico cientista deve saber situar adequadamente a ciência relativamente à fé. Deverá evitar tanto o que se designa habitualmente por “*concordismo*” como o “*discordismo*”. O concordismo é a atitude que assume uma relação entre a Ciência e a Teologia sem qualquer mediação interpretativa, como uma ligação directa entre os dois tipos de discurso, colocando-os no mesmo nível de conhecimento e identificando deste modo as suas metodologias e os seus objectivos específicos. O concordismo dará lugar ao panteísmo ou ao materialismo: Deus confundir-se-á com a criação ou, pura e sim-

plesmente, será negado. Por outro lado, o discordismo coloca Deus desligado da criação, o que se traduz na prática pelo agnosticismo.

O médico deve aceitar a ciência em articulação com a fé ¹⁰. Esta atitude estabelece uma relação sem confusão, mas também sem uma separação radical, entre a descrição empírica do mundo e a descrição teológica: “*Esta concepção refere-se à criação como uma relação que coloca o mundo como tendo sido criado e sustentado por Deus, porém, sem que Deus se imponha à criatura e sem que o mundo perca a autonomia que resulta de ter sido criado. Com efeito, se nos colocamos numa perspectiva de Deus como criador, a coerência intelectual de crentes conduz-nos a aceitar a Revelação como uma realidade escatológica e a Ciência como a metodologia para o conhecimento interpretativo da realidade. A relação estabelece-se de tal modo que se respeitam os conteúdos da ciência e a riqueza da criação*” ¹¹.

No que se refere ao ensino universitário da medicina, hoje, mais do que nunca, impõe-se uma formação teológica sólida no mesmo nível das competências científicas. Quer seja no hospital, no laboratório ou no gabinete de consulta, o médico utiliza uma prática clínica que se refere a protocolos científicos e tecnológicos muito específicos e muito complexos, quer sejam na observação, na interpretação ou na terapêutica, quer sejam ainda nas metodologias experimentais e de investigação. Estas tecnologias utilizam uma linguagem e metodologias muito evoluídas e em constante transformação. Nestas circunstâncias, quando se abordam as questões da fé, o médico pode sentir-se como que desprovido de vocabulário para traduzir as referências que lhe são caras, correntes e familiares noutros domínios.

¹⁰ Ladrière J. *L'articulation du sens. Discours scientifique et parole de foi*. Paris. Aubier-Montaigne, 1970.

¹¹ Lambert D., Paul-Boncour V. *Scientifique et croyant. Édition de l'Emmanuel*. I. S. B. N. 978-2-35389-157-3-2011, pp 209.

Assim, é verdadeiramente necessário ao médico estar aberto às questões da filosofia, das humanidades, das ciências religiosas e dos diversos domínios da teologia: dogmática, exegese, moral, história da Igreja... Para tal, o católico que exerce a medicina deve estar presente e participar activamente nos seminários, nos colóquios, nos encontros sobre os temas que se debatem na opinião pública corrente: “*a dignidade humana*”, o “*desenvolvimento sustentável*”, as “*manipulações genéticas*”, a “*criação e a evolução*”....

O objectivo será, portanto, o de fazer crescer a ciência e a inteligência da fé, como um primeiro testemunho que poderá prestar um católico que exerce a medicina¹². Nos debates sobre as questões de ética que surgem no decurso da investigação e na prática médica, o católico deve ser o testemunho que, sendo da Igreja, acolha uma pertinência antropológica que esteja inscrita no campo dos valores aceites na sociedade em que vive, nomeadamente os que se referem ao respeito pelas pessoas dos doentes, pela vida humana frágil e vulnerável no seu início ou próximo do seu termo.

O católico que exerce a medicina deve estar atento às circunstâncias em que a utilização de certos meios instrumentais poderá colocar em risco o meio envolvente e mesmo a própria humanidade. Deverá ter a capacidade de apresentar os argumentos pertinentes às instâncias adequadas e as fontes morais e teológicas que os suportam. Neste sentido convém que adopte uma atitude que não é a do militantismo proselitista mas a atitude das pessoas que, respeitando a complexidade das situações, procurem defender os valores em risco de serem desconsiderados ou ultrapassados e demonstrar a adequação antropológica e social das propostas apresentadas. Esta atitude deverá ter um paralelo na orientação dos objectivos e das metodologias na investigação científica,

¹² Leonard A J. *Agir en chrétien dans sa vie et dans le monde*. Edit. Fidelité. Namur. 2011, I.S.N.B. 978-2-87356-509-1, pp 119.

nomeadamente nas situações limite nos domínios da vida humana e da prática clínica¹³.

4.2 – Viver em comunidade

Pela sua vocação, o cristão é chamado a servir à imagem de Cristo que ele deve representar, Ele Próprio, o Servidor de todos. Esta noção do Serviço é experimentada por todos e por cada um em comunidade; em particular, pelo médico próximo dos doentes, próximo dos seus colaboradores médicos, paramédicos e funcionários administrativos, nomeadamente na utilização dos seus conhecimentos e capacidades, na utilização das tecnologias e dos instrumentos, nos contactos com os doentes e com os que os rodeiam. O exercício actual da medicina exige, cada vez mais, o trabalho em equipa e a integração interdisciplinar.

O professor universitário e o orientador do estágio quando, no seu ensino, transmitem o amor pela Verdade, pelo Bem e pelo Belo, prestam um serviço inestimável aos estudantes, aos estagiários, aos internos, à cultura e a toda a sociedade.

O católico que exerce a medicina deverá assumir uma atitude de vigilância da sociedade; ele avaliará as derivas possíveis de uma tecnologia que pode deixar de estar ao serviço do homem. Fará fazer valer os direitos que uma reflexão ética amadurecida lhe fará impôr ao seu espírito, definindo as barreiras que não poderão ser ultrapassadas pela responsabilidade dos homens. Deverá viver um humanismo cristão pautado pela caridade e pela verdade. Deverá alimentar-se de uma vida espiritual intensa.

Não faltarão certamente emboscadas em cada curva do caminho! De facto, neste mundo descristianizado e francamente “não cristão”, tal como em cada dia se apresenta, não faltarão os ateus militantes

¹³ Lambert D., Paul-Boncour V. *Scientifique et croyant. Édition de l'Emmanuel*. I. S. B. N. 978-2-35389-157-3-2011, pp 209.

e as pessoas que não se privarão de ironizar sobre um ou outro ponto da doutrina cristã e do ensino da Igreja católica. É de facto um fardo pesado que haverá que suportar! Na sua atitude o médico católico terá a generosidade de evitar todas as atitudes violentas que teriam como resultado prejudicar as posições da Igreja. Tenderá a ter presentes as respostas racionais e adequadas expressas com serenidade e clareza.

Não poderá certamente evitar as dificuldades quotidianas de uma vida activa de relação no meio profissional com os seus companheiros e colaboradores, as susceptibilidades individuais, as tensões emocionais próprias dos meios hospitalares e da clínica diária. Ele terá em atenção as pressões psicológicas que muitas vezes se repetem e demasiadamente se prolongam, os sentimentos de competição nas carreiras profissionais, as tensões que poderão resultar das exigências de uma profissão desgastante e de uma vida de casal ou de família mais exigente... Perante estas previsíveis dificuldades, as múltiplas provas e, mesmo, os sofrimentos o católico que exerce a medicina deve encontrar os meios concretos para ultrapassar e sublimar os obstáculos. Humildemente deve rejeitar os desejos de poder que não estejam ao serviço dos outros e da sociedade, as fantasias de ostentação e de glória e todo o controlo da vida dos que o rodeiam.

O médico que quer participar na nova evangelização deve procurar, antes de tudo, a santidade. A primeira evangelização foi feita pelos santos. O *santo* é a pessoa que torna visível o Rosto e o Amor de Cristo. Esta atitude é ainda mais urgente numa cultura relativista dominante, que se desinteressa de tudo o que se refere ao respeito pela verdade objectiva, pela argumentação racional, pelo culto das virtudes. É preciso que a fé renasça no contacto com o Amor de Deus, manifestado pelos santos. Como dizia João Paulo II: “*Nós queremos ver Jesus*” (Jo 12, 21). Este pedido, feito ao apóstolo Filipe por alguns gregos que se dirigiam em peregrinação a Jerusalém por

ocasião da Páscoa, está ainda presente espiritualmente nos nossos ouvidos neste ano jubilar. Como estes peregrinos de há 2.000 anos, os homens da nossa época, muitas vezes inconscientemente, pedem aos crentes de hoje para lhes “*falar*” de Cristo, no sentido de os fazer “*ver*” Cristo. Como não cessa de dizer Bento XVI: a fé não é uma adesão a uma doutrina mas o encontro com uma Pessoa. Como diz São João: “*nós vimos o amor que Deus tem por nós e acreditámos.*” (Jo 4, 16).

4.3 – Rezar

O que é rezar senão voltar-se para Deus e dirigir-se a Ele? Quer se trate de um diálogo ou do silêncio de escuta, a oração reconhece a presença de Deus. Ela é um acto de fé.

Esta oração é cristã na medida em que ela é vivida com referência a Cristo, o único mediador entre Deus e os homens, o modelo e o mestre que nos ensinou a rezar: “*Pai Nosso...*”¹⁴. E quando o cristão dá à sua oração uma dimensão trinitária, é apenas porque o ensino do Evangelho transmitido pela Igreja o permitiu.

O católico que exerce a medicina pode viver e praticar todas as formas de oração: a adoração, o louvor, a Eucaristia, a intercessão e o pedido pelo e durante o seu trabalho. Ele reconhece Cristo em cada um dos seus doentes e pede por cada um deles. Ele santifica-se no trabalho, santifica o seu trabalho e santifica-se pelo seu trabalho.

4.4 – O testemunho

Confrontado com a miséria física e com os sofrimentos morais e espirituais, o católico que exerce a medicina tem por missão o anúncio da saúde e da transcendência. Conhecer Cristo, saber que ele ama cada uma das criaturas que ele salvou é uma extraordinária

¹⁴ Gueillette J-M. *Prier au quotidien. Presses de la Renaissance. Prier. L'aventure spirituel.* Paris. I.S.B.N. 978-2-7509-0512-5, 2009. Pp 151.

riqueza que deve ser partilhada e transmitida. O que se pode traduzir por atitudes específicas na prática da medicina ¹⁵:

- a) Ouvir o doente. O doente que consulta o seu médico vem falar de si próprio. Está angustiado e espera que o seu médico o escute.
- b) Ser uma resposta às questões que o doente coloca. Uma resposta aberta sobre a doença que deve conduzir o doente a uma reflexão sobre si próprio e sobre a doença de que se vem queixar.
- c) Ser uma presença junto do doente. Estar disponível para que o doente não se sinta só perante a sua situação existencial.
- d) Estar atento ao ambiente que envolve o doente e a sua família.
- e) Ser humilde perante a vida humana. O médico não é nunca o “dono” da situação existencial do doente, e muito menos tem poderes sobre a saúde, a doença, a vida e a morte dos doentes. Ele não pode dispor do doente; ele está, de facto, ao serviço da pessoa que sofre. O médico está ao serviço da vida. Cristo revela-se na vida, em plenitude, sob o olhar paternal do Deus-Amor.

Eis o que o católico que exerce a medicina deve testemunhar na sua prática. Tem uma mensagem excepcional a transmitir: em plena fidelidade à Igreja deve transmitir a presença de Jesus Cristo na História dos homens.

A Graça de Deus torna o homem capaz de manifestar a vontade de Deus e de facultar a Saúde Plena. Esta Graça pode transmitir-se pelo médico, que, mantendo a humildade dos seus limites, deve estar consciente da sua identidade de portador da Boa Nova.

¹⁵ Illanes J L. *La sanctification du travail. La Laurier*. Paris. 1985. ISBN 2-86495-D57-X, pp 148.

O testemunho do compromisso do católico que exerce a medicina pode estar presente nos diversos lugares onde exerce o seu ministério:

- Em primeiro lugar na prática clínica junto dos doentes a quem pode transmitir as respostas fundamentais que se referem ao sentido do sofrimento, da vida e da morte.
- Em segundo lugar nos debates culturais e sociais sobre o início e ao fim da vida humana, a sua manipulação, ao acesso aos serviços de saúde e aos temas relativos à família.
- Em terceiro lugar nos temas que se referem à educação: na presença nos cursos universitários, nas reuniões comunitárias e nas paróquias.
- Nos domínios da caridade: no serviço prestado aos membros mais vulneráveis nossas comunidades, à nova pobreza e aos fragilizados do nosso tempo; na ajuda às mães solteiras e em dificuldades; e no contributo para os membros dos países em desenvolvimento...

5 – Conclusão

A Nova Evangelização é, antes de mais, o facto de os cristãos leigos manifestarem a sua fé na vida quotidiana, na sua família, no seu trabalho, no seu ambiente natural, nos seus compromissos públicos e eclesiais.

Trata-se de um desafio real feito a todos os cristãos no sentido de anunciar a fé que receberam e em que vivem, aos homens e às mulheres que confusamente esperam a “Boa Nova”. Esta nova evangelização requer que cada um comece por pessoalmente se *re-evangelizar*. Além disso, o católico que exerce a medicina, pela sua sensibilidade perante o homem que sofre e pela sua proximidade do homem frágil, ocupa um lugar na primeira linha. Ele tem a liberdade de utilizar todos os meios actuais para realizar esse apostolado, mas deve ter consciência de que nada substituirá o testemunho pessoal e

sobretudo que poderá contar em absoluto com a presença ao seu lado de Cristo Ressuscitado e da energia soberana do Espírito.

Resumo. Cinquenta anos após o Concílio Vaticano II: a Nova Evangelização e a Medicina. Bernard Ars

A Nova Evangelização traduz-se no facto de os cristãos leigos reflectirem a fé na sua vida, na família, na actividade quotidiana, no trabalho e nos seus compromissos públicos e eclesiais. Constitui um verdadeiro desafio proposto aos cristãos para o anúncio da Fé aos homens e às mulheres. Esta *Nova Evangelização* requer que cada um comece por se *re-evangelizar*, mobilizando-se em quatro sentidos: estudar, viver com os outros, rezar e prestar o testemunho. O médico católico tem a liberdade de utilizar todos os meios para realizar este novo apostolado, mas deve assumir que nada substituirá o testemunho pessoal. Deve lembrar-se, sobretudo, que tem ao seu lado a presença de Cristo Ressuscitado e que conta com a Energia Soberana do Espírito.

ACTIVIDADE MÉDICA AO SERVIÇO DO HOMEM¹

Roque da Cunha Ferreira²

A actividade humana, do mesmo modo que procede do homem, assim para ele se ordena (Gaudium et Spes³).

INTRODUÇÃO. CARACTERIZAÇÃO DOS TERMOS

Para a abordagem deste tema é útil começar pela caracterização dos conceitos, para depois os conjugar num quadro de pressupostos ou de exigências que serão propostos.

Assim, no contexto desta reflexão, actividade médica corresponde à prática clínica que confronta os médicos com a pessoa doente e com as suas famílias, habitualmente fragilizadas. Esta actividade tem como fim a preservação, a correcção e a melhoria da saúde física, mental e espiritual da pessoa que se entrega ao cuidado do médico, o que aparentemente bastaria para ser entendida com um serviço, mas nem sempre é assim pois o médico pode não servir e pode não servir bem.

¹ Tema apresentado na Reunião Mensal da Associação dos Médicos Católicos Portugueses em 08.01.2013.

² Pediatra, Doutor em Medicina, MBA.

³ Constituição Pastoral *Gaudium et Spes* sobre a Igreja no mundo actual, nº 35.

Serviço será entendido como serviço ao outro, à pessoa efectivamente ou potencialmente doente. É o outro que justifica e que é o centro da actividade médica.

Homem é o outro que é servido, a pessoa com quem me relaciono na minha actividade médica; ser complexo e multidimensional, com as suas componentes física, intelectual, psíquica, relacional e espiritual integradas num todo indivisível, que exige uma abordagem holística.

PRESSUPOSTOS PARA QUE A ACTIVIDADE MÉDICA SE TRADUZA EM SERVIÇO

Uma vez caracterizados os conceitos, interessa enunciar quais são os pressupostos e as referências, para que a actividade médica seja, de facto, um serviço ao outro.

Esses pressupostos correspondem a quatro competências, que são todas necessárias mas nenhuma suficiente.

Competências técnica e ética

No nível mais básico estão a competência técnica e a competência ética.

A competência técnica assenta nos conhecimentos científicos e técnicos aplicados, que se traduzem na capacidade de promover estilos de vida saudáveis e de prestar cuidados de prevenção, de tratamento e de reabilitação, através de uma gestão adequada dos recursos. Adquire-se maioritariamente nos programas pré e pós-graduados das escolas médicas e continua ao longo da vida através de programas formativos de carácter académico e profissional.

A competência ética assenta no conhecimento e na aplicação dos princípios morais e éticos, traduzidos no respeito pelo outro, e por critérios de decisão transparentes, justos e humanizantes. Para além da aplicação de fundamentos teóricos, a competência ética requer um compromisso pessoal e a formação da própria consciência, pois

ultrapassa o cumprimento da lei, da deontologia e da moral, sendo um campo de opções livres, ordenadas e julgadas pela consciência.

Para muitos, só as competências básicas são necessárias, entendimento que é reforçado pelo facto de serem as únicas (com a dúvida que ao ensino da ética é dada importância suficiente) que são objecto formal da formação académica.

É importante reconhecer que embora as competências técnica e ética permitam ao médico cuidar da população e, particularmente, dos doentes, não os tornam infalíveis. Por melhor que seja a sua preparação, a responsabilidade do médico tem limites, e quem não estiver disposto a cometer erros, fazendo ao mesmo tempo tudo para os evitar, quem não estiver disposto a correr riscos, devidamente ponderados, e quem equacionar o sofrimento e a morte dos seus doentes como um erro seu, escolheu mal a sua profissão.

A comunicação e a compaixão

A minha experiência clínica, docente e também como utilizador dos serviços de saúde revela claramente que os mais competentes técnica e eticamente podem prestar um serviço profundamente desumano, impondo o reconhecimento da necessidade de duas outras competências frequentemente ignoradas e desprezadas, que poderiam e deveriam ser objecto de formação e de treino específicos: a comunicação e a compaixão.

Estas competências colocam definitivamente o outro no centro da nossa actividade, orientando-a para o seu serviço e garantindo a sua humanização. Ainda que de aparência *soft* e acessória, e portanto prescindíveis, elas são essenciais, o que pelo menos no caso da comunicação, já é reconhecido pela sua presença em *curricula* universitários.

Estando a actividade médica assente na relação com a pessoa doente e sendo o relacionamento humano mediado pela comunicação não deixa de ser extraordinário que a comunicação, à qual se dedicam inúmeras publicações, licenciaturas e mestrados, não seja

uma preocupação curricular nas faculdades de medicina. Tal como a docência é deixada em grande parte ao jeito e à intuição dos docentes, ignorando o manancial de conhecimentos das ciências da educação, também o relacionamento com os doentes e com as suas famílias é menosprezado e deixado ao maior ou menor interesse e aptidão de cada um.

Na comunicação com os doentes e com as famílias há que garantir que a sua forma, o seu conteúdo, o seu veículo, o ambiente, etc., garantem que a mensagem é clara e compreensível, que satisfaz as suas necessidades, que desfaz as ansiedades e os medos e que constrói confiança numa relação extraordinariamente assimétrica quer do ponto de vista intelectual quer emocional. Também fazem parte da comunicação a disponibilidade e o tempo para ouvir e para explicar, a vontade de entender e de ser entendido e a valorização do próprio processo de comunicação e daquilo que os doentes e as famílias têm para nos dizer. Todos teremos experiência de informação que desvalorizámos e que era da maior relevância para o diagnóstico ou para o tratamento do doente.

Compaixão significa literalmente “sofrer com”, ou seja identificar-me com o que sofre e compreender o seu sofrimento, com o desejo de aliviar ou de minorar o seu sofrimento. Pode ser difícil recolher e transmitir um conteúdo teórico sobre a compaixão, mas esta competência pode ser formalmente ensinada no âmbito de qualquer disciplina curricular, e de forma especial no ensino prático e na tutoria de internos, substituindo a transmissão informal de atitudes e particularmente as mais negativas e tão frequentes sobrançeria e paternalismo. Tal como a comunicação, a compaixão exige disponibilidade e um mínimo de tempo.

Enquanto que as competências técnica e ética são promovidas pelo sistema de avaliação em uso nas escolas médicas, com reflexo directo na aprovação ou promoção (e o mesmo se deveria passar com a comunicação), o ensino e a exigência da compaixão só podem ser impostas pelos docentes e pelos tutores ou superiores clínicos, numa

atitude de responsabilidade pela excelência da actividade clínica e de liderança na plena humanização dos cuidados.

E O MÉDICO CATÓLICO?

A excelência técnica, ética e comunicacional e a compaixão garantem o serviço do outro, contentando plenamente o médico virtuoso. Para isso não é necessário ser cristão ou ser católico, mas apenas ser um bom profissional, pelo que devemos perguntar o que é que a nossa Fé acrescenta a esta equação, quer no desenvolvimento da actividade quer no serviço do outro. A resposta é muito, pois a nossa Fé, enraizada na palavra de Deus que se fez carne, nutre, ilumina, suporta e dá sentido à nossa actividade, para grande benefício dos outros e também nosso.

Servir Cristo nos irmãos

É à Fé que vamos buscar a grandeza de servir, imitando o servo de Deus na sua obediência incondicional à vontade divina, Ele que não veio para ser servido, mas para servir por amor⁴. Para o cristão reinar é servir Cristo, em especial nos que sofrem, nos quais a Igreja reconhece a imagem do seu Fundador. De facto, a nossa fidelidade a Deus é provada no serviço dos irmãos e se dizemos que amamos a Deus que não vemos e não amamos o próximo, que vemos, somos mentirosos⁵.

A Caridade como marca do médico católico

Ou seja, a nossa Fé faz-nos olhar com amor, com caridade profunda, para a pessoa doente e para os que a acompanham, o mesmo

⁴ Cf. Mt 20, 24.

⁵ Cf. 1Jo 4,20.

amor com que olharíamos e trataríamos a nossa Mulher ou o nosso Marido, a nossa Mãe ou o nosso Pai, a nossa Filha ou o nosso Filho. Sobretudo, faz-nos ver Cristo, que por nós morreu e ressuscitou, em cada uma das pessoas de quem cuidamos.

Esta dimensão do amor ao outro e, através do outro, a Deus é a dimensão própria e essencial do médico católico, que dá pleno significado ao conceito de serviço.

OS DESAFIOS DO CONCÍLIO

Finalmente e porque os encontros deste ano pretendem recordar o Concílio Vaticano II, importa referir os seus desafios para que ordenemos as nossas actividades para o maior serviço do Homem e para a glória de Deus.

A Constituição Pastoral *Gaudium et Spes* dedica o seu capítulo III à actividade humana, querendo responder às grandes questões sobre o sentido, o valor, a utilidade e o fim dos esforços individuais e colectivos, à luz da Revelação⁶. O seu ensinamento torna claros pontos fundamentais do enquadramento da nossa actividade, nomeadamente:

- i. Que o esforço com que nos atarefamos para melhorar as condições de vida corresponde à vontade de Deus, de quem recebemos o mandato de “dominar a terra com tudo o que ela contém e governar o mundo na justiça e na santidade e, reconhecendo Deus como Criador universal, orientar-se a si e ao universo para Ele”⁷;
- ii. Que somos participantes na criação, já que “os homens e as mulheres que, ao ganhar o sustento para si e suas famílias,

⁶ Constituição Pastoral *Gaudium et Spes* sobre a Igreja no mundo actual, nº 33 e ss.

⁷ Constituição Pastoral *Gaudium et Spes* sobre a Igreja no mundo actual, nº 34.

de tal modo exercem a própria actividade que prestam conveniente serviço à sociedade, com razão podem considerar que prolongam com o seu trabalho a obra do Criador, ajudam os seus irmãos e dão uma contribuição pessoal para a realização dos desígnios de Deus na história⁸;

- iii. Que as vitórias do género humano, construindo o mundo e atendendo o bem dos seus semelhantes, manifestam a grandeza de Deus e são fruto do seu desígnio infável⁹;
- iv. Que a actividade humana está ordenada para o homem e para o seu desenvolvimento integral¹⁰;
- v. Que o homem vale mais pelo que é do que pelo que tem¹¹ e que o primado do ser sobre o ter implica uma viragem cultural e um novo estilo de vida que implica a passagem da indiferença ao interesse pelo outro e da recusa ao seu acolhimento¹²;
- vi. Que a norma da actividade humana é a seguinte: segundo o plano e vontade de Deus, ser conforme com o verdadeiro bem da humanidade e tornar possível ao homem, individualmente considerado ou em sociedade, cultivar e realizar a sua vocação integral¹³.

CONCLUSÃO

Para que a actividade médica seja um serviço ao homem criado e amado por Deus, há que garantir que à excelência técnica, ética,

⁸ *Idem.*

⁹ *Ibidem.*

¹⁰ Constituição Pastoral *Gaudium et Spes* sobre a Igreja no mundo actual, nº 35.

¹¹ *Idem.*

¹² Cf. Carta Encíclica “O Evangelho da Vida” de João Paulo II, 98.

¹³ Constituição Pastoral *Gaudium et Spes* sobre a Igreja no mundo actual, nº 35.

comunicacional e à compaixão, se junte a caridade, mantendo indissolúvel a unidade da vida profissional com a Fé que professamos, servido sempre a um só Senhor¹⁴.

O “sistema”, do qual fazemos parte e para cujo bom ou mau funcionamento também contribuímos, tratará de dificultar ou desincentivar a humanização plena da actividade médica, mas cabe-nos perseguir esse objectivo fazendo tudo o que estiver ao nosso alcance e aceitando o que não podemos fazer.

¹⁴ Cf. Lc 16,13.

A ARTE DE CUIDAR DOS DOENTES E O BEM COMUM COMO MISSÃO DOS LEIGOS NA IGREJA.¹

Alexandre Laureano Santos

1 – Introdução

Agradeço à Comissão Nacional da Pastoral da Saúde e em particular ao seu Coordenador Nacional, Monsenhor Victor Feytor Pinto, a honra e o gosto do amável convite para a minha participação neste XXV Encontro Nacional da Pastoral da Saúde, subordinado à “*Arte de Cuidar*”, sob o imagem viva e actual da “*Parábola do Bom Samaritano*”, na ocasião em que se comemoram os 50 anos do **Concílio Vaticano II**. Cumprimento fraternalmente os membros desta Mesa, em particular o seu coordenador Prof. Walter Osswald, Professor da Faculdade de Medicina do Porto, meu Mestre e companheiro de tantas jornadas nesta caminhada no sentido da personalização e da dignificação dos cuidados de saúde no nosso país. Cumprimento com amizade fraterna todos os participantes neste XXV Encontro da Pastoral da Saúde.

¹ Comunicação no 25º Encontro Nacional da Pastoral da Saúde, 28 a 31 de Maio de 2013.

Estes encontros têm constituído, cada vez mais, fóruns de reflexão sobre nosso sistema de prestação de cuidados de saúde, reunindo com oportunidade e eficácia, ao longo das últimas dezenas de anos, as contribuições dos membros mais activos da sociedade portuguesa nos domínios da saúde e da cultura. Eles têm reflectido os objectivos e a aplicação efectiva dos programas propostos, têm mencionado os principais obstáculos à concretização dos projectos elaborados e às políticas instituídas, têm feito as propostas de intervenção correctiva no nosso sistema de saúde. Neles têm sido debatido construtivamente os pontos mais sensíveis da organização dos cuidados a prestar aos membros mais vulneráveis das nossas comunidades, os quais são, efectivamente, aqueles que se encontram afectados na sua integridade, no seu desempenho pessoal, social e profissional pela ameaça da doença, do acidente e da morte. Se atentarmos nos conteúdos destes encontros ao longo dos anos cujo rol se encontra no programa destas jornadas, pode facilmente verificar-se como a Igreja se tem preocupado com as mais importantes questões da saúde dos portugueses. Os temas têm reflectido os domínios mais controversos sem quaisquer reservas e neles têm sido acolhidas as intervenções críticas dos peritos provenientes de todos os sectores da nossa sociedade. Estes pontos de reflexão não são alheios a muitos caminhos que têm posteriormente sido percorridos ao longo dos últimos anos no nosso sistema de prestação dos cuidados de saúde.

O tempo do Concílio Vaticano II foi um tempo forte de renovação da Igreja Universal que facultou aos homens e mulheres dirigir-se a Deus a partir da sua maneira de viver, da sua cultura e da sua própria língua. O Concílio foi certamente um dos marcos mais importantes da renovação da Igreja há cinquenta anos como ainda agora nos tempos de hoje, sendo a adaptação da liturgia, com a “*transformação dos muros em pontes*”, um dos objectivos mais conseguidos dos textos conciliares no sentido da divulgação da mensagem evangélica.

As sociedades contemporâneas debatem-se hoje com grandes e controversas questões nos seus sistemas de saúde. No nosso país

deparamos actualmente com problemas nucleares que apenas há alguns anos nos pareciam imprevisíveis. Depois de ter sido possível definir objectivos realizáveis pelo o nosso sistema de saúde, depois de termos sido capazes de criar um sistema global que permitiu uma cobertura sanitária eficaz em todo o nosso território, depois de termos levado os meios de intervenção eficazes nas doenças do nosso tempo às comunidades mais afastadas dos grandes centros... Eis que, quase de um dia para o outro, nos deparamos com uma súbita escassez dos meios para alcançar os objectivos que nos propusemos. Esta escassez de meios de intervenção constitui um problema muito grave que tem interacções com todos os sectores da sociedade e se reflecte em todos os períodos da vida das pessoas, particularmente nos períodos em que se encontram mais fragilizadas e com maior vulnerabilidade.

As sociedades democráticas modernas reconhecem como um direito adquirido pela civilização o facto que nenhum dos seus membros pode ser privado do acesso aos cuidados de saúde facultados pela sociedade, independentemente dos meios financeiros de que pode dispor para os pagar. A Declaração Universal dos Direitos do Homem dispõe que toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar a si próprio e à sua família o acesso a certos bens que incluem a assistência na doença. As leis da maior parte dos países de economia evoluída consignam o direito aos cuidados necessários ao tratamento e à possível integração social dos doentes crónicos. A Constituição da República Portuguesa dispõe que todos os cidadãos **têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e de a promover**. Este direito é realizado através de um Serviço Nacional de Saúde universal e geral. A Lei de Bases da Saúde confirma que a protecção da saúde constitui um dos direitos dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos Cidadãos, da Sociedade e do Estado. O Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros

disponíveis. Mas compete aos cidadãos utilizar adequadamente os meios postos à sua disposição, adaptando-os às situações concretas de cada comunidade.

Nesta minha intervenção procurarei fazer uma reflexão sobre as questões da saúde dos portugueses à luz das propostas do *Concílio Vaticano II*, cinquenta anos depois da publicação da *Gaudium et Spes*, referindo-me à nossa situação actual de cidadania participativa.

Ao relermos os textos conciliares reconstituímos os sentimentos que na época da sua publicação dominavam os Portugueses e a Europa. Recordo-me que quando os li pela primeira vez nos encontrávamos em circunstâncias praticamente opostas ao contexto actual da política europeia. O nosso país encontrava-se isolado nas questões centrais com que se debatia a nossa sociedade. Estas relacionavam-se sobretudo com as urgências de África e não era fácil abrir espaços serenos de diálogo acerca da situação de Portugal no mundo de então. O texto da *Gaudium et Spes* foi o documento mais longo e mais discutido do *Concílio* (1962-1965). Foi mesmo o último a ser aprovado pela assembleia conciliar com mais de 96,5% de votos positivos. Só teve a sua versão definitiva e foi divulgado no pontificado de Paulo VI, em Dezembro de 1965, mais de dois anos e meio após a morte de João XXIII e apenas me foi pessoalmente acessível em 1966. Os temas expressos tinham ligações ao ecumenismo, ao diálogo inter-religioso, à universalidade da mensagem cristã e à opção prioritária da Igreja pelos mais pobres e oprimidos. Incluía todo o povo de Deus na concretização das suas propostas, reafirmando que os programas só ganhariam expressão autêntica a partir do compromisso pessoal e relacional dos cristãos **nos actos concretos e na presença interventiva no mundo.**

A *Gaudium et Spes*, na sequência das encíclicas de João XXIII *Mater et Magistra* (1961) e *Pacem in Terris* (1963), veio abrir novos espaços de participação do todo o povo de Deus dentro da Igreja e criar expectativas de renovação nas pessoas, nas comunidades e em

toda a sociedade portuguesa. Os documentos conciliares contribuíram poderosamente para a abertura das sociedades da Europa Oriental aos novos ventos da história conduzindo aos movimentos sociais que terminaram com o degelo nas relações entre os dois blocos antagónicos que nasceram no pós-guerra e conduziram em 1989 à queda do muro de Berlim e à natural circulação das ideias e das pessoas em toda a Europa.

2 – Os cuidados de saúde estão incluídos no conceito do Bem Comum

A doença, à qual todo o ser humano se encontra sujeito desde a sua concepção até à morte, constitui um estado de vulnerabilidade particular durante a qual todas as suas capacidades se encontram diminuídas, nomeadamente a capacidade para o desempenho da actividade da sua profissão. A doença ou o acidente podem comprometer inesperadamente o futuro e ameaçar a própria vida. O desenvolvimento do espírito do homem ao longo dos séculos a que chamamos civilização, permitiu compreender os mecanismos dos quais depende a vida humana e desenvolver os meios que permitem prevenir e atalhar as ameaças à sua integridade e à sua aniquilação precoce.

Os cuidados de saúde no nosso país estão organizados de tal maneira que os seus inevitáveis e vultuosos custos não são pagos na altura da sua utilização. Compreende-se bem, sendo os destinatários dos cuidados de saúde os homens e as mulheres doentes ou ameaçados pela doença, que nessas circunstâncias seja difícil ou mesmo impossível suportar os enormes custos dos meios actuais de manutenção da saúde, apoiados como são nas sociedades do nosso tempo por uma tecnologia escassa e muito cara. Mas parece-me completamente errado e mesmo tendencioso, dizer que os cuidados de saúde são gratuitos ou mesmo tendencialmente gratuitos, porque, para que existam, evidentemente, terão que ser criados, organizados e, natu-

ralmente, pagos. O que acontece é que nas sociedades civilizadas e mais evoluídas, os cuidados prestados não são pagos nas circunstâncias da sua utilização pelos seus destinatários que são, pela sua vulnerabilidade, o elo mais fraco de todo o sistema de prestação do sistema de cuidados de saúde. Porém, nessa altura, para que os meios de luta contra a doença estejam disponíveis e possam ser utilizados com eficácia, tem que existir e estar de pé uma organização muito complexa que lhes deu vida. Essa organização consome actualmente muito mais de dez por cento da riqueza que Portugal produz. Isto é, a saúde de todos e de cada um dos portugueses não é gratuita. É muitíssimo cara. É um bem precioso que é suportado por todos os que para ela contribuem com os meios financeiros... Por todos nós!... Faz parte do que em Igreja nós designamos pelo *Bem Comum*.

O texto do parágrafo número 26 da *Gaudium et Spes* encara a contribuição das pessoas para o *bem comum* como o tema nuclear da construção da comunidade. Este conceito que hoje designamos por bem comum é antigo tendo sido abordado nos textos medievais de S. Tomás de Aquino. Mas foi Pio XI na Encíclica *Rerum Novarum* quem na modernidade se dirigiu mais extensivamente ao tema. E cito: “*A responsabilidade de perseguir o bem comum compete às pessoas tomadas individualmente nas sociedades, mas ainda ao Estado, pois o bem comum é o fundamento de toda a autoridade política.*” O Estado deve, assim, garantir a coesão, a unidade, a coordenação e a organização da sociedade civil de modo que o bem comum possa ser conseguido com a participação de todos os cidadãos. E continuando ainda o texto do Santo Padre na *Rerum Novarum*: “*o indivíduo, a família, os corpos intermédios não têm capacidade apenas por si para atingir o seu pleno desenvolvimento... é necessário construir as instituições políticas cujas finalidades são tornar acessíveis às pessoas os bens - materiais, culturais, espirituais e morais – para levarem uma vida realmente humana. O fim da vida social é o bem comum historicamente realizável*”.

O *bem comum* foi retomado em largas pinceladas, mas não de um modo exaustivo, pelos papas sucessores, sobretudo por Pio XI na encíclica “*Quadragesimo Anno*” e nas radiomensagens de Pio XII.

Mas a teoria do bem comum foi sobretudo desenvolvida por *Jacques Maritain* nos textos dos seus livros dedicados ao humanismo cristão e ao personalismo (*La Personne Humaine et la Société*, 1939; e *La Personne et le Bien Commun*, 1947)². Diz-nos Maritain, um dos participantes leigos no Concílio Vaticano II: “*em comunidade deve procurar-se o bem possível de todos através do contributo de bem de cada um. Cada pessoa, tendo um valor ontológico que é escatologicamente anterior à sociedade, não pode ser tomada apenas como uma peça componente do todo social, mas deve ser tomada como um construtor da sociedade, como um participante e como um destinatário do bem comum. Por sua vez, este não resulta de uma privação dos bens de alguns atribuídos como parcelas para um bem colectivo. O bem colectivo faz parte de um todo que constitui, também ele próprio e intrinsecamente, um bem pessoal que a todos diz respeito e do qual todos os membros da comunidade participam*”.

Deste modo, o conceito personalista do bem comum engloba e supera o bem particular sem o reduzir e sem o afrontar. É tomado como um princípio integrador de toda a actividade política, visto que o seu conteúdo envolve não só os valores económicos e sociais mas abrange todos os valores da vida comunitária, como constituindo um conjunto de bens, de condições, de objectivos e de finalidades em que todos participam e de que todos beneficiam.

As características operacionais do bem comum, ainda seguindo J. Maritain são:

- 1) Um carácter pluralista, participativo e democrático;

² Jacques e Raïssa Maritain. *Oeuvres Complètes. Cercles d'Études Jacques et Raïssa Maritain. Saint Paul. Éditions Religieuses*. Vol IX (1947-1951). Paris, 2008.

- 2) Um carácter dinâmico e evolutivo - o dinamismo deriva da sua natureza utópica e teleológica;
- 3) Uma projecção institucional e objectiva: é obra das vontades mas corporiza-se em estruturas sociais, em instituições jurídicas, económicas, culturais ou políticas;
- 4) Um carácter comum, portanto global, generalizante e integrante, tendo embora e sempre como objectivos e por limites o bem das pessoas concretas.

As Encíclicas de João XXIII “*Mater et Magistra*” (1961) e “*Pacem in Terris*” (1963) (esta última publicada apenas uns meses antes da morte de João XXIII) explicitam a ideia do bem comum como um conceito mais aberto: “***É o conjunto de condições da vida social criadas e mantidas na comunidade que permitem tanto aos grupos como a cada membro alcançar mais plena e facilmente a sua própria perfeição***”. Na verdade, sendo um conjunto de bens assumidos por todos e a todos destinado, permanece como um património colectivo e indivisível porque somente pela comunidade é possível alcançá-lo, usufruí-lo, aumentá-lo e conservá-lo, com vista a um futuro colectivo. *E o Catecismo da Igreja Católica* acrescenta: “***assim como o agir moral do indivíduo se realiza fazendo o bem, assim o agir social alcança a plenitude realizando o bem comum. O bem comum pode ser entendido como a dimensão social e comunitária do bem moral***”.

Nos parágrafos seguintes do mesmo número 26 da *Gaudium et Spes* retomam-se todos os anteriores conceitos ligados ao bem comum, lembrando que cada grupo deve ter em conta as necessidades e as legítimas aspirações dos outros grupos que integram a sociedade e mesmo o bem comum de toda a família humana, sublinhando os direitos e os deveres universais ligados à dignidade da pessoa. O texto conciliar refere-se ainda implicitamente aos outros princípios da Doutrina Social da Igreja, nomeadamente ao do *destino universal*

dos bens da Terra, ao da *participação*, aos da *solidariedade* e da *subsidiariedade*, explicitando que os homens em sociedade devem ter acesso a todas as coisas de que necessitam para levar uma vida verdadeiramente humana, nomeadamente: o alimento, o vestuário, a casa, o direito a escolher o estado de vida e o de constituir família, o direito à educação, ao trabalho, à boa fama, ao respeito, à conveniente informação, o direito de agir segundo as normas da sua própria consciência, o *direito à protecção da sua vida* e à justa liberdade nomeadamente em matéria religiosa. Explicitamente se refere que a ordem social e o progresso devem sempre reverter no bem das pessoas, já que a ordem das coisas deve estar subordinada à ordem das pessoas: “foi o sábado que foi feito para o homem e não o homem que foi feito para o sábado”. A ordem das pessoas sobre as coisas deve ser fundada no que hoje interpretamos como os valores da Doutrina Social da Igreja: deve ser fundada em reformas e dinâmicas sociais onde prevaleçam a verdade, a justiça e a liberdade, que nascem e se fundamentam numa atitude permanente de caridade.

3. Dos cuidados de saúde

Curiosamente o texto da *Gaudium et Spes* não se refere explicitamente aos cuidados de saúde como estando envolvidos no conceito do bem comum, embora se considere textualmente o “*direito à protecção da sua vida*”, o qual necessariamente não exclui o acesso aos cuidados de saúde organizados nas sociedades segundo as regras prevalentes e generalizadamente aceites. Creio que a não inclusão expressa dos cuidados globais da saúde dos cidadãos no âmbito do bem comum se deve a que a atenção aos cuidados de saúde na maior parte dos países do Sul da Europa aumentou extraordinariamente apenas depois do período da publicação destes textos conciliares. Na verdade, ocorreu que na década de mil novecentos e sessenta houve um crescimento económico notável de todos os países da Europa que

apenas abrandou e mesmo retrocedeu com o choque petrolífero de 1973 (o crescimento económico foi mais acentuado no Sul da Europa porque os países nele incluídos partiam de um patamar inferior). Este crescimento permitiu concentrar nas áreas sociais muitos fundos a que noutras circunstâncias não teria sido possível aceder. Criaram-se sistemas de seguros sociais que permitiram a generalização das reformas por velhice e invalidez e sistemas de prestação de cuidados de saúde envolvendo a globalidade das populações, empurrados pela melhoria generalizada das condições económicas globais. Ainda antes de Abril de 1974, no nosso país foram sendo atribuídos aos recursos para a saúde verbas nunca atingidas anteriormente e foi possível sonhar com uma rede apertada de cuidados comunitários de saúde, bem como uma rede de hospitais regionais utilizando a tecnologia moderna, que permitiram estender a todo o território os benefícios da medicina contemporânea. Criou-se simultaneamente uma estrutura administrativa e tecnológica muito complexa, muito vasta e muito cara, com tendência à centralização, que dificultou o contacto entre os agentes intervenientes prestadores e os naturais destinatários dos bens da saúde que são as pessoas ameaçadas pela doença e os doentes.

Esta estrutura tem sofrido múltiplas transformações ditadas pelas circunstâncias locais, pelos recursos disponíveis e pela eficiência dos meios a utilizar. Admite-se hoje o desenvolvimento de unidades de saúde no âmbito das comunidades locais mais adequadas às circunstâncias dos cidadãos que servem e também mais adaptadas aos prestadores dos cuidados. Estas estruturas locais terão novas formas de administração e novas formas de retribuição dos cuidados prestados, as quais se encontram actualmente em avaliação.

Gostaria de sublinhar os seguintes aspectos:

- a) Portugal tem tido nos últimos anos muitos indicadores nos cuidados de saúde que são comparáveis aos melhores índices dos países de economia avançada, nomeadamente no que se

refere à diminuição da mortalidade perinatal, ao retrocesso da mortalidade pelas doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (que estavam há vinte anos no topo das estatísticas da mortalidade dos cidadãos europeus), à diminuição da morbilidade e da mortalidade pelas doenças profissionais e da sinistralidade no trabalho, e à diminuição da mortalidade rodoviária, embora no último ano se tenha verificado um ligeiro retrocesso destes indicadores. Alguns deste índices tiveram uma melhoria acentuada porque partíamos de valores muito inferiores aos das médias europeias. As modificações destes índices resultaram também da melhoria das condições da vida dos portugueses; mas eles devem muito à organização dos cuidados de saúde e à cobertura da população por uma rede sanitária global, eficaz e de relativa proximidade.

- b) O crescimento dos custos dos cuidados de saúde nas últimas dezenas de anos tem sido geralmente duplo do da inflação no mesmo período. Isto é, tem havido um incremento sistemático dos custos dos cuidados de saúde dos portugueses. Não é possível manter este crescimento porque, não existindo mais recursos disponíveis, os aumentos dos custos se repercutem necessariamente em todos outros sectores da economia.

Tem sido repetidamente invocado o envelhecimento da população portuguesa como o principal factor responsável pelos incrementos dos custos no nosso sistema de saúde. É certo que tem havido um envelhecimento muito rápido da população portuguesa e uma preocupante modificação da pirâmide etária no sentido da sua inversão. Mas não decorre simplesmente deste facto uma pressão muito elevada sobre o crescimento das despesas públicas em saúde. Para tentar explicar este facto lanço mão a um precioso livrinho sobre estas questões da economia da saúde publicado há uns meses pelo Prof. Pedro Pita Barros e pela Fundação Francisco Manuel dos San-

tos³. Através de múltiplos estudos efectuados nos Estados Unidos e na Europa demonstra-se que no ciclo normal da vida das pessoas existe um maior consumo de cuidados de saúde no período terminal da vida humana (que nos vários estudos se encara como sendo num período que varia de dois anos a dois meses). Essas despesas relacionadas com o ocaso da vida humana não são muito diferentes quer a morte ocorra na infância, na adolescência, na idade adulta ou na senilidade. Quando numa determinada comunidade aumenta a esperança média de vida é perfeitamente compreensível que os gastos maiores destes doentes se concentrem no período da velhice, visto que dantes se dispersavam por um universo de idades mais vasto. Esta concentração da despesa, portanto, não representa verdadeiramente um aumento dos custos globais apenas pela via do envelhecimento.

E, na verdade, existem outros factores: tal como noutros países, em Portugal o desenvolvimento científico e tecnológico criou novas formas de intervenção que são, de facto, muito eficazes quer nas intervenções diagnósticas quer terapêuticas e não podem ser dispensadas. Houve uma orientação do desenvolvimento tecnológico dos instrumentos utilizados na população mais idosa, o que também se compreende por meras razões de mercado. Estas novas tecnologias são de um modo geral caras e exercem uma pressão substancial sobre os orçamentos públicos da saúde. Contudo, a causa do incremento dos custos não foi a alteração demográfica ocorrida na população mas sim a inovação tecnológica que é mais eficaz nas intervenções necessárias e oportunas. Na verdade, a existência de uma população cada vez mais idosa na sociedade portuguesa cria novos reptos ao sistema de saúde mas não necessariamente uma maior pressão sobre os custos. O tipo de cuidados a prestar é diferente, exigindo maior

³ Pedro Pita Barros. *Pela Sua Saúde*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa, 2013.

atenção sobre a acumulação de situações crónicas e a necessidade de integração na comunidade que se traduzem por uma rigorosa adaptação dos cuidados a prestar e no acompanhamento adequado, mas não necessariamente numa maior atribuição dos recursos financeiros.

Outro factor do incremento dos custos globais com a saúde é o aumento do rendimento disponível das famílias que ocorreu em Portugal nas últimas décadas, o qual subitamente se inverteu nos últimos dois anos pelas razões que são conhecidas. Em todos os países o aumento da riqueza tem estado ligado a um aumento da procura dos cuidados de saúde. O que verdadeiramente também não constitui um gasto supérfluo e um mau indicador do bem estar no nosso país. Outros factores de maiores consumos na saúde são mais difíceis de explicitar em poucas palavras, mas ligam-se à própria natureza da prestação dos cuidados de saúde, à sua segurança e aos seus critérios de avaliação. Admitem mesmo alguns estudiosos deste assunto que os cuidados de saúde não têm uma “solução económica”, porque em todas as sociedades a sua utilização correcta induz a um incessante aumento da procura.

- c) Invocámos para os cuidados de saúde o princípio do bem comum. De facto existem muitos factores na prestação dos cuidados de saúde que aqui o convocam. Sublinhamos: a saúde dos povos também é uma forma de cultura que permite em comunidade desenvolver os múltiplos atributos do ser pessoa; envolve um passado e uma história comuns; depende de estilos de vida, de comportamentos e de hábitos colectivos e individuais com consequências directas e imediatas nos recursos que a sociedade atribui à saúde dos cidadãos; materializa-se em instituições comunitárias; exige a utilização racional dos recursos de um território partilhado que precisa da atenção e dos cuidados de todos; e finalmente os cuidados para a saúde de todos e de cada um fazem parte do património colectivo e do bem comum por todos participado.

Resumo

A missão dos leigos na Igreja: a arte de cuidar dos doentes e o bem comum. *A. Laureano Santos.* No conceito do Serviço Nacional de Saúde está implícita a ideia de que os cuidados a prestar no sentido da manutenção da saúde dos portugueses fazem parte de um património colectivo e do bem comum por todos participado. Os cuidados a prestar às pessoas ameaçadas pela doença materializam-se em instituições comunitárias, exigem a utilização racional de recursos comuns e a colaboração activa das comunidades locais.

ATITUDES ÉTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NAS RELAÇÕES HUMANAS*

José Augusto Simões**

INTRODUÇÃO

Atualmente, a teoria ética já não se encontra isolada da investigação empírica, forma tradicional como ela apareceu na filosofia ética, mas está ligada a essa investigação e é informada por ela. O objetivo da diretriz de ação já não é fazer uma determinação conclusiva de um dever moral, mas ir fazendo declarações provisórias que devem ser investigadas com critérios científicos e revistas sempre que se justifique, ou seja, quando houver mais conhecimento empírico.¹

Com o objetivo de conhecer a investigação que já tinha abordado o estudo de atitudes éticas dos profissionais de saúde de cuidados de saúde primários efetuou-se uma pesquisa bibliográfica. Fo-

* Trabalho desenvolvido na Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro e nos Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde do Centro e integrado na investigação “Ética e Cuidados de Saúde Primários. Um estudo descritivo em Centros de Saúde” do projeto de doutoramento na Universidade de Aveiro, sob a orientação do Prof. Doutor Rui Nunes e do Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo. No título completo estão incluídos «*os pacientes e suas famílias, as relações interprofissionais e interpares e a gestão/organização do sistema de saúde*».

** Licenciado em Medicina pela Universidade de Coimbra, Mestre em Bioética pela Universidade de Lisboa, doutorado pela Universidade de Aveiro. Correspondência: José Augusto Rodrigues Simões, Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Campus Universitário de Santiago, 3810-193 Aveiro; jars@ua.pt

ram encontrados 55 estudos e da sua análise destacou-se a proposta de Zoboli e Fortes² que baseados nas suas investigações, realizadas com médicos e enfermeiros do programa de saúde da família em São Paulo (Brasil), identificaram três dimensões de problemas éticos nos cuidados de saúde primários – uma relativa às relações dos profissionais de saúde com os pacientes e suas famílias; outra relativa às relações interprofissionais e inter pares; e uma terceira relativa aos problemas éticos na gestão/organização da saúde. Esta proposta é reforçada por outros estudos efetuados em contexto de cuidados de saúde primários.^{3,4,5,6}

MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional, transversal, descritivo, através da aplicação de um questionário, previamente construído e testado para este estudo, na área geográfica de intervenção da Administração Regional de Saúde do Centro (ARS-C).

O universo estudado foram os médicos de família e os enfermeiros a trabalhar nos centros de saúde (CS) da ARS-C. Antes de se iniciar a aplicação do questionário foi pedido à Comissão de Ética para a Saúde do Centro de Saúde de São João, do Porto, a elaboração de um parecer para a realização do estudo proposto; e ao conselho diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, a necessária autorização para a realização do mesmo.

Os diretores dos centros de saúde foram contactados pessoalmente, pedindo-se-lhes colaboração na distribuição dos questionários junto de todos os médicos de família e enfermeiros em serviço no seu CS, bem como na recolha e devolução dos questionários respondidos, ao investigador.

O questionário utilizado neste estudo consistiu numa primeira parte que incluiu seis questões sobre os aspetos sócio profissionais de caracterização do inquirido: a idade, o género, a profissão, o número de anos de profissão, a sub-região e a área de trabalho; e

numa segunda parte que incluiu a descrição de três casos problema, (I a III), retirados da bibliografia e procurando refletir um problema de relacionamento profissionais de saúde/paciente, relacionamento interprofissionais e problemas de gestão/organização do sistema de saúde, e ainda da solicitação de resposta escrita a três questões (“que problemas éticos lista nesta situação”; “o que recomendaria aos profissionais envolvidos neste caso”; “e por quê”), pedindo-se que o inquirido descrevesse a sua atitude perante cada caso.

I) “O senhor J., hipertenso e diabético, faz pedidos frequentes de cuidados que dificultam as atividades e perturbam a rotina da unidade de saúde. No entanto, os seus valores de tensão arterial e de glicemia são sempre elevados. O médico e a enfermeira da equipa onde ele está inscrito tentam assisti-lo da melhor maneira possível, mas a cada dia que passa sentem-se tentados e deixar de investir nele os seus esforços.”⁷

II) “Ninguém sabe o que levou a E. a tornar-se dependente do álcool, mas a sua vida afetiva sempre tinha sido complicada. A nível do serviço, de vez em quando, surgiam algumas queixas dos doentes e colegas sobre o seu mau humor e alguns gestos bruscos. Notava-se-lhe grande instabilidade, saía frequentemente do serviço, sentia-se um hálito alcoólico quando alguém dela se aproximava, mas ninguém tinha tido coragem para a confrontar diretamente. Um dia, o familiar de um doente fez uma participação por escrito, queixando-se do seu atendimento e acusando a equipa de saúde de cumplicidade neste estado de coisas.”⁸

III) “F., de 46 anos de idade, foi à consulta aberta/complementar do centro de saúde, por não ter médico de família, tal como mais de 3.000 pessoas na área, por insuficiência de médicos no centro, queixando-se de desconforto num dos seios. A médica ouviu-a, fez-lhe um exame sumário e requisitou uma

mamografia a ser efetuada na cidade a 50 Km de distância. Dois meses depois voltou à consulta, o médico era outro e no relatório o radiologista dizia não poder concluir sem uma ecografia. Nova requisição e novo exame na cidade. Dois meses depois nova consulta e terceiro médico a consultá-la no centro de saúde, é necessário a sua referenciação ao hospital por lesão mamária suspeita pelo que lhe é passado o respetivo P1. Recebeu um postal para ir à consulta hospitalar seis meses depois da consulta ter sido pedida. A decisão foi ir fazer exames analíticos pedidos pelo centro de saúde e voltar para punção-biopsia do nódulo. Novas consultas, novas credenciais e mais três meses de espera. Vista dois meses depois da punção-biopsia deram-lhe a decisão final: tem de ser operada, aguarde o postal a chamá-la para a operação. Esperou seis meses e nada recebeu. Pediu ao filho da patroa, onde trabalhava a dias, que tinha um colega médico, que lhe desse uma ajuda e passado um mês foi internada pelo serviço de urgência e operada: tumor maligno com metástases ganglionares.”⁹⁹

O questionário do estudo foi então aplicado em centros de saúde da Administração Regional de Saúde do Centro, entre Maio de 2007 e Abril de 2008. Este longo período para a recolha de dados ficou a dever-se à necessidade que o investigador teve de se deslocar a muito centros de saúde da região para motivar os profissionais de saúde a responderem ao questionário.

As respostas escritas nos questionários foram copiadas para ficheiros Word. Depois foram lidas as respostas dadas para cada uma das três perguntas de cada um dos casos e perante a presença dos índices referidos no quadro I, foram agrupadas em cinco categorias “ética principialista”, “ética das virtudes”, “ética do cuidado”, “ética casuística” e “ética profissional” e escritas numa folha Excel. Numa segunda fase as categorias atribuídas às respostas dadas a cada um

dos casos foram lidas e reagrupadas numa das cinco categorias em análise, se da maioria das 3 respostas dadas se inferisse que prevalecia uma das categorias; ou então era agrupada na categoria “mista”, que se refere à utilização de várias categorias, não prevalecendo nenhuma. Na análise descritiva aparece a categoria “sem resposta”, que se refere à não existência de resposta ao caso.

RESULTADOS

Foram recebidos 107 questionários com respostas a todas ou a algumas das perguntas abertas e que foram objeto da análise qualitativa que se segue.

As características sócio profissionais são apresentadas no quadro II. A amostra deste estudo é constituída por 107 indivíduos, sendo 78 do sexo feminino (72,9%) e 29 do sexo masculino (27,1%), dos quais 56 são médicos (52,3%) e 51 enfermeiros (47,7%).

Da análise do quadro III verifica-se que para o caso I, que reflete um problema de relacionamento profissionais de saúde/paciente, 40,2% das respostas foram consideradas na categoria “ética principialista”, 23,4% na categoria “ética do cuidado”, 11,2% na categoria “ética das virtudes” e 10,3% foram respostas “mista”, em que nenhuma das categorias consideradas prevaleceu nas 3 questões.

Para o caso II, que reflete um problema de relacionamento interprofissionais, verifica-se que 44,9% das respostas foram consideradas na categoria “ética profissional”, 18,7% na categoria “ética do cuidado” e 14% foram respostas “mista”.

Por fim, para o caso III, que reflete um problema de gestão/organização do sistema de saúde, verifica-se que 31,8% das respostas foram consideradas na categoria “ética principialista”, 28% na categoria “ética profissional”, 14% na categoria “ética casuística” e 7,5% foram respostas “mista”.

No quadro IV são referidas as categorias das respostas aos casos apresentados, segundo o género dos respondentes.

Verifica-se que, para o caso I, 37,9% das respostas dos homens e 41% das respostas das mulheres foram consideradas na categoria “ética principialista”; para a categoria “ética do cuidado” foram consideradas 25,6% das respostas das mulheres e 17,2% das respostas dos homens; é ainda de referir que 17,2% das respostas dos homens foram consideradas na categoria “ética profissional” e só 2,6% das respostas das mulheres o foram.

Para o caso II verifica-se que 48,3% das respostas dos homens e 43,6% das respostas das mulheres foram consideradas na categoria “ética profissional”; 20,5% das respostas das mulheres e 13,8% das respostas dos homens foram consideradas na categoria “ética do cuidado”; e 11,5% das respostas das mulheres foram consideradas na categoria “ética principialista” e só 3,4% das respostas dos homens o foram.

Por fim, para o caso III verifica-se que 37,9% das respostas dos homens foram consideradas na categoria “ética profissional” e 35,9% das respostas das mulheres foram consideradas na categoria “ética principialista”; 17,2% das respostas dos homens e 12,8% das respostas das mulheres foram consideradas na categoria “ética casuística”.

No quadro V são referidas as categorias das respostas aos casos apresentados, segundo a profissão dos respondentes.

Verifica-se que para o caso I, 39,3% das respostas dos médicos e 41,2% das respostas dos enfermeiros foram consideradas na categoria “ética principialista”; para a categoria “ética do cuidado” foram consideradas 25,5% das respostas dos enfermeiros e 21,4% das respostas dos médicos; é ainda de referir que 12,5% das respostas dos médicos e 9,8% das respostas dos enfermeiros foram consideradas na categoria “ética das virtudes”.

Para o caso II, verifica-se que 44,6% das respostas dos médicos e 45,1% das respostas dos enfermeiros foram consideradas na categoria “ética profissional”; 19,6% das respostas dos médicos e 17,6% das respostas dos enfermeiros foram consideradas na

categoria “ética do cuidado”; e 13,7% das respostas dos enfermeiros foram consideradas na categoria “ética principialista” e só 5,4% das respostas dos médicos o foram.

Por fim, para o caso III verifica-se que 35,7% das respostas dos médicos foram consideradas na categoria “ética profissional” e 47,1% das respostas dos enfermeiros foram consideradas na categoria “ética principialista”; 19,6% das respostas dos médicos foram consideradas na categoria “ética casuística” e só 7,8% das respostas dos enfermeiros o foram.

No quadro VI são referidas as categorias das respostas aos casos apresentados, segundo a área de trabalho dos respondentes.

Verifica-se que, para o caso I, 38,2% das respostas dos profissionais que trabalham em área urbana e 52,8% das respostas dos profissionais que trabalham em área semiurbana foram consideradas na categoria “ética principialista”; para os profissionais que trabalham em área rural, embora em número mais reduzido, verifica-se que 31,3% (n=5) das respostas foram consideradas nas categorias “ética das virtudes” e “ética do cuidado” e só 18,8% (n=3) foram consideradas na categoria “ética principialista”.

Para o caso II verifica-se que 45,5% das respostas dos profissionais que trabalham em área urbana, 50% das respostas dos que trabalham em área rural e 41,7% das respostas dos que trabalham em área semiurbana foram consideradas na categoria “ética profissional”; 21,8% das respostas dos profissionais que trabalham em área urbana e 19,4% das respostas dos que trabalham em área semiurbana foram consideradas na categoria “ética do cuidado” e só 6,3% das respostas dos profissionais que trabalham em área rural o foram.

Por fim, para o caso III verifica-se que 32,7% das respostas dos profissionais que trabalham em área urbana foram consideradas na categoria “ética profissional” e 31,3% das respostas dos que trabalham em área rural e 33,3% das respostas dos que trabalham em área semiurbana foram consideradas na categoria “ética principialista”.

No quadro VII são referidas as categorias das respostas aos casos apresentados, segundo o grupo etário dos respondentes. Por só haver 4 respostas no grupo etário dos 20 aos 29 anos foram juntas ao grupo dos 30 aos 39 anos, assim como só havia 2 respostas no grupo etário acima dos 59 anos foram juntas ao grupo dos 50 aos 59 anos, tendo sido analisados 3 grupos etários.

Verifica-se para o caso I, que foram consideradas na categoria “ética principialista” 44,4% das respostas dos profissionais com menos de 40 anos, 34,6% das respostas dos profissionais com idade entre os 40 e os 49 anos e 40,7% das respostas dos profissionais com mais de 49 anos; na categoria “ética do cuidado” foram consideradas 22,2% das respostas dos profissionais com menos de 40 anos, 26,9% das respostas dos profissionais com idade entre os 40 e os 49 anos e 22,2% das respostas dos profissionais com mais de 49 anos.

Para o caso II, foram consideradas na categoria “ética profissional” 37,0% das respostas dos profissionais com menos de 40 anos, 46,2% das respostas dos profissionais com idade entre os 40 e os 49 anos e 48,1% das respostas dos profissionais com mais de 49 anos; foram consideradas na categoria “ética principialista” 22,2% das respostas dos profissionais com menos de 40 anos; e 19,2% das respostas dos profissionais com idade entre os 40 e os 49 anos; e 20,4% das respostas dos profissionais com mais de 49 anos foram ainda consideradas na categoria “ética do cuidado”.

Por fim, para o caso III verifica-se que 40,7% das respostas dos profissionais com menos de 40 anos, 46,2% das respostas dos profissionais com idade entre os 40 e os 49 anos foram consideradas na categoria “ética principialista”; enquanto para os profissionais com mais de 49 anos se verifica que 35,2% das respostas foram consideradas na categoria “ética profissional” e 22,2% das respostas foram consideradas na categoria “ética casuística”.

DISCUSSÃO

Somando o total de respostas dadas pelas categorias dos casos, conclui-se que 87 respostas desenvolvem os problemas éticos pela categoria “ética principialista”, 85 respostas pela categoria “ética profissional”, 48 respostas pela categoria “ética do cuidado”, 23 respostas pela categoria “ética casuística” e 21 respostas pela categoria “ética das virtudes”.

Para o caso I, em que se apresenta um problema ético muito comum e próprio dos cuidados de saúde primários (CSP), um paciente que perturba a rotina do serviço, pode-se observar que a maioria das respostas foram atribuídas à categoria “ética principialista” seguida pela “ética do cuidado” (quadro III.); quer pelos homens quer pelas mulheres (quadro IV); quer pelos médicos quer pelos enfermeiros (quadro V); quer nos diferentes grupos etários (quadro VII); e apenas na área de trabalho é que surgiram diferenças (quadro VI). Nas áreas urbana e semiurbana ainda se manteve o quadro geral anteriormente referido e só a nível da área rural é que as categorias maioritárias foram a “ética do cuidado” e a “ética das virtudes” com a mesma percentagem de respostas.

É curioso notar que haja menos enfermeiros que médicos na categoria “ética das virtudes” (quadro V), uma vez que o modelo da “enfermeira virtuosa” é um dos que marca a construção histórico-social da enfermagem. Isto talvez possa ser motivado pelo facto dos enfermeiros, nos últimos tempos, virem a desenvolver um processo de avaliação da sua independência como profissionais de saúde e de revisão coletiva e crítica da natureza dos seus papéis, atividades e responsabilidades profissionais, como explica João Veiga.¹⁰

Ainda nas respostas principialistas do caso I, é possível identificar uma posição, em certa medida, autoritária de alguns médicos e enfermeiros, quando estes profissionais apontam os seguintes problemas éticos nas relações com o paciente: “como informar o utente para conseguir a sua adesão ao tratamento”; “solicitação de procedimentos pelo utente” e “recusa do utente às indicações

médicas”. Isto remete para os comentários de Tom Beauchamp e James Childress¹¹ relativos aos problemas encontrados no contexto dos cuidados de saúde para se efetivar o respeito pela autonomia dos pacientes nos serviços de saúde, devido à sua condição dependente e à atitude autoritária dos profissionais de saúde.

Nos CSP, não são raras as práticas perpetuadoras da dependência do paciente, em vez de se procurar a promoção da sua autonomia e cidadania. Isso é percorrer o caminho da beneficência paternalista com os seus traços de superproteção e, em certa medida, de autoritarismo que descrevem as atitudes do tipo “eu sei o que é melhor para si”. Na enfermagem, esta atitude reveste-se de uma nuance particular, pois o processo do trabalho da enfermagem é marcado pela uso de protocolos e por rotinas de cuidados e procedimentos que, supostamente, respondem às necessidades de quase todos os pacientes, isto na maioria das vezes. É bastante comum os enfermeiros encaixarem os cuidados dispensados a uma pessoa ou a um grupo numa rotina pré-estabelecida, não importando se ela é, ou não, congruente com as condições de quem procura ou precisa dos seus cuidados. Parece que se instala o “paternalismo burocrático”, no qual as normas, os procedimentos e as rotinas determinam o que deve ser feito, não importando o que é melhor ou mais indicado, ou ainda, o que o paciente autonomamente solicita. Os pacientes são, então, rotulados de “colaboradores” e “não colaboradores”, sendo que os primeiros, geralmente recebem os cuidados sem os questionar, ao passo que os segundos, de uma forma ou outra fazem-no.¹²

Tom Beauchamp e James Childress¹¹ afirmam que nas instituições onde as pessoas são admitidas contra a sua vontade, como as prisões, as violações ao princípio do respeito pela autonomia são explícitas; mas contudo naquelas onde a admissão é voluntária, este comprometimento das escolhas autónomas pelas regras, políticas e práticas da instituição, frequentemente, é subtil. Como exemplo citam os lares para idosos, considerando que a liberdade dos residentes nestas instituições, para viverem de acordo com as suas preferências

e planos de vida, deve ser balanceada com a proteção da sua saúde, a proteção dos interesses dos demais internados, a promoção da segurança e eficiência da instituição e a alocação dos recursos escassos. Neste contexto, segundo os autores, muitos contestam o respeito pela autonomia, afirmando que este configura uma exigência demasiado elevada para estas organizações e propõem, em lugar do consentimento informado, o “consentimento negociado” que regula os deveres mútuos em vez dos direitos individuais. Esta alternativa é considerada pelos autores como arriscada sem o estabelecimento de proteções claras à vulnerabilidade dos residentes.¹¹

Guardadas as devidas proporções, parece possível traçar um paralelo destas considerações com os cuidados de saúde prestados nos centros de saúde (CS), especialmente porque o contacto dos profissionais com o paciente, a exemplo do que ocorre nos lares, perdura por um longo período e o modelo de consentimento praticado por médicos e enfermeiros aproxima-se desta negociação em relação às normas e rotinas. Cabe aqui um alerta para a vulnerabilidade, pois também se observa em algumas respostas, que o paciente é visto pelos profissionais de saúde como alguém que não conta com os outros quando recorre ao CS, o que lhe imprime alguma vulnerabilidade, quando deveria ser alvo de proteção, com vista a promover a sua autonomia e cidadania.

É claro que não se advoga com isto que os profissionais de saúde desprezem as rotinas que tão bem se prestam a organizar os serviços, melhorando o seu fluxo e o processo do trabalho. O absurdo está na sua conversão em normas rígidas que ordenam as condutas. Isto talvez possa ser evitado se houver uma ponderação dos princípios da não maleficência e da beneficência pelos médicos e enfermeiros, embora no momento de prevenir os danos ou eliminar as condições que os possam provocar, o cumprimento de normas continue a gozar de uma importância particular.

Para o caso II, que reflete um problema de relacionamento inter-profissionais, um profissional de saúde dependente do álcool, pode-

se observar que a maioria das respostas foram atribuídas à categoria “ética profissional” seguida pela “ética do cuidado” (quadro III); quer pelos homens quer pelas mulheres (quadro IV); e quer pelos médicos quer pelos enfermeiros (quadro V). Na área de trabalho (quadro VI) e nos diferentes grupos etários (quadro VII) é que surgiram pequenas diferenças, não em relação à primeira categoria que se manteve, a “ética profissional”, mas em relação à segunda. Assim, nas áreas urbana e semiurbana ainda se manteve o quadro geral anteriormente referido, a nível da área rural é que a segunda categoria foi a “ética principialista” embora o número de respostas tenha sido muito pequeno. O mesmo aconteceu com o grupo de menos de 40 anos, em que a segunda categoria foi a mesma.

Para a discussão dos resultados deste caso, recorda-se que, segundo Carol Gilligan¹³, os dilemas hipotéticos, graças à abstração da sua apresentação, afastam os atores morais da história e da psicologia das suas próprias vidas individuais e separam o problema ético dos contextos sociais que envolvem a sua ocorrência. Ao fazerem isso, segundo a autora, esses dilemas são úteis para verter e apurar os princípios objetivos da justiça e mensurar a lógica formal da igualdade e reciprocidade. Entretanto, a reconstrução do dilema na sua particularidade contextual permite a compreensão da causa e da consequência o que implica a compaixão e a tolerância observadas, nos seus estudos, e na distinção dos juízos morais das mulheres. Somente quando se dá substância aos esqueletos da vida das pessoas hipotéticas é possível considerar a injustiça social que os seus problemas morais podem refletir e imaginar o sofrimento individual que a sua ocorrência pode implicar, ou que a sua resolução pode significar.¹³

Isto talvez contribua para justificar a mistura das categorias “ética profissional”, “ética do cuidado” e “ética principialista” que, de forma geral, norteia as resoluções recomendadas para este caso.

Para o caso III, que reflete um problema de gestão/organização do sistema de saúde, em que uma paciente sem médico de família, após percorrer o percurso do sistema de saúde só consegue que o seu

problema de saúde seja resolvido com uma “cunha”, pode-se observar que a maioria das respostas foram atribuídas à categoria “ética principialista” logo seguida pela “ética profissional” (quadro III). No entanto, para este caso surgiram diferenças em todos os grupos. Assim, os homens privilegiaram a “ética profissional” seguida pela “ética principialista”, e ocorreu o inverso com as mulheres (quadro IV). Os médicos privilegiaram a “ética profissional” seguida pela “ética casuística”, enquanto os enfermeiros privilegiaram a “ética principialista” seguida pela “ética profissional” (quadro V). Os profissionais de saúde da área de trabalho urbana privilegiaram a “ética profissional” seguida pela “ética principialista”, mas ocorreu o inverso com os profissionais das áreas semiurbana e rural (quadro VI). Por grupos etários, os profissionais com menos de 50 anos privilegiaram a “ética principialista” seguida pela “ética profissional”, enquanto os profissionais com mais de 49 anos privilegiaram a “ética profissional” seguida pela “ética casuística” (quadro VII).

Susan Pierce¹⁴, com base em estudos empíricos, afirma que os profissionais de saúde, ao discutirem os casos éticos reais, não revelam nenhum modelo de tomada de decisão linear, do tipo passo a passo. Ao invés disso, evidenciam uma abordagem multifacetada, não linear e integrada que se move dos dados e factos para as alternativas e consequências; voltando para os dados, valores pessoais, visões de mundo, princípios da bioética e, finalmente, uma escolha e a sua justificação.

As respostas aos questionários revelam, também, um aspeto importante do princípio da justiça, como defendido por Tom Beauchamp e James Childress¹¹, isto é a distribuição dos bens e recursos de maneira justa, equitativa, apropriada e determinada por normas justificadas. Se no que respeita à alocação “macro” são essenciais as políticas públicas, já na alocação “micro” parece também ter peso, além ou em consequência destas, as normas internas dos CS que, muitas vezes, são determinadas pelos próprios profissionais unilateralmente.

A inclusão da categoria “ética casuística” neste último caso ocorreu por alguns dos profissionais de saúde terem referido as suas experiências anteriores, assim como o raciocínio por paradigma e analogia.

Concluindo, os profissionais de saúde estudados utilizam, na tomada de decisão frente a problemas éticos, atitudes principalmente justificadas pelas “Ética Principlista” e “Ética Profissional”, embora também recorram a justificações da “Ética do Cuidado” e, em menor número, da “Ética Casuística” e da “Ética das Virtudes”.

As atitudes dos profissionais de saúde perante os problemas éticos apontados parecem confirmar a ideia de que, nos cuidados de saúde primários, os problemas éticos são constituídos, de maneira geral, por preocupações do dia-a-dia dos cuidados de saúde e não por situações críticas que requeiram soluções ponderadas, como as enfrentadas no contexto hospitalar.

Também apontam para a responsabilidade ética dos gestores da saúde, uma vez que muitos dos problemas éticos decorrem da estruturação dos serviços. Evidenciando, assim, que a excelência ética e técnica da prática dos profissionais de saúde passam, obrigatoriamente, pelas políticas públicas de saúde e pelas condições organizacionais das instituições e do sistema de saúde.

As soluções propostas para os casos apresentados indicam que os médicos e enfermeiros que responderam aos questionários, de uma maneira geral, têm a preocupação de preservar os direitos individuais, mas procuram fazê-lo de uma forma que proteja tanto os vínculos familiares quanto os da equipa com os pacientes, o que pode ser considerado como uma mistura das abordagens principlista e do cuidado.

Nesta junção ainda tem lugar o raciocínio por analogia e paradigma na análise dos problemas éticos, o que fica patente quando os inquiridos comparam os casos apresentados com situações reais semelhantes, vivenciadas por eles próprios ou por colegas. Entretanto, a utilização da casuística como um método na

tomada de decisão face a problemas éticos no contexto dos cuidados de saúde primários, enfrenta limitações e requer a constituição de um reportório de casos que incorpore as diferentes circunstâncias e situações próprias desta esfera de cuidados de saúde e que possam servir para paradigma e analogia.

AGRADECIMENTOS

A todos os profissionais de saúde dos Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde do Centro que responderam ao questionário, aceitando fazer parte do estudo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shelton W. The role of empirical data in bioethics. In: Jacoby L, Siminoff L, editors. *Empirical methods for bioethics: A primer*. Oxford: Elsevier; 2008. p. 13-20.
2. Zoboli EL, Fortes P. Bioética e atenção básica: Um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do programa saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20(6):1690-99.
3. Bremberg S, Nilstun T. Patients' autonomy and medical benefit: ethical reasoning among GPs. *Fam Pract*. 2000;17(2):124-8.
4. Braunack-Mayer AJ. What makes a problem an ethical problem? An empirical perspective on the nature of ethical problems in general practice. *J Med Ethics*. 2001;27(2):98-103.
5. Richter J, Eisemann MR, Bauer B, Kreibeck H, Astrom S. Decision-making in the treatment of elderly people: a cross-cultural comparison between Swedish and German physicians and nurses. *Scand J Caring Sci*. 2002;16(2):149-56.
6. Berney L, Kelly M, Doyal L, Feder G, Griffiths C, Jones IR. Ethical principles and the rationing of health care: a qualitative study in general practice. *Br J Gen Pract*. 2005;55(517):620-5.
7. Zoboli EL. *Bioética e atenção básica: Um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa saúde da família*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
8. Loff A. Relações inter-profissionais. In: Patrão-Neves MdC, editor.

- Comissões de ética: Das bases teóricas à actividade quotidiana. 2ª edição revista e aumentada ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2002. p. 428-9.
9. Serrão D. A questão essencial. In: Nunes R, Rego G, editors. Prioridades na Saúde. Lisboa: McGraw-Hill; 2002. p. ix-xx.
 10. Veiga J. Ética em enfermagem. Análise, problematização e (re)construção. Lisboa: Climepsi Editores; 2006.
 11. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5th edition ed. New York: Oxford University Press; 2001.
 12. Thompson IE. Ética em enfermagem. 4ª edição ed. Loures: Lusociência; 2004.
 13. Gilligan C. In a different voice: Psychological theory and women's development. Cambridge (Mass): Harvard University Press; 1993.
 14. Pierce SF. A model for conceptualizing the moral dynamic in health care. Nurs Ethics. 1997;4(6):483-95.

QUADROS

Quadro I: Índices das categorias

Ética principialista	Ética das virtudes	Ética do cuidado	Ética casuística	Ética profissional
Direitos	Paciência	Ajuda	Probabilidade	Deontologia
Recursos	Honestidade	Proteção	Analogia	Responsabilidade
Decisão	Confiança	Acompanhamento	Causas	Negligência
Acesso	Coragem	Diálogo	Circunstâncias	Sanções
Regras	Companheirismo	Relação	Casos	Denúncia
Equidade	Tentação	Estima		Cumprimento
Autocuidado	Respeito	Negociar		<i>Legis artis</i>

Quadro II: Distribuição dos elementos da amostra de acordo com as características sócio profissionais

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Feminino	78	72,9
Masculino		27,1
Idade		
20 – 29 anos		
20 – 29 anos	3	2,8
30 – 39 anos	24	22,4
40 – 49 anos	26	24,3
50 – 59 anos	52	48,6
60 – 69 anos	2	1,9
Profissão		
Médico	56	52,3
Enfermeiro	51	47,7
Sub-Região		
Aveiro	23	21,5
Castelo Branco	23	21,5
Coimbra	34	31,8
Guarda	8	7,5
Leiria	14	13,1
Viseu	5	4,7
Área de Trabalho		
Urbana	55	51,4
Rural	16	15,0
Semiurbana	36	33,6

Quadro III: Categorias das respostas aos casos apresentados

	Caso I		Caso II		Caso III	
	n	%	n	%	n	%
Ética principialista	43	40,2	10	9,3	34	31,8
Ética das virtudes	12	11,2	3	2,8	6	5,6
Ética do cuidado	25	23,4	20	18,7	3	2,8
Ética casuística	7	6,5	1	0,9	15	14,0
Ética profissional	7	6,5	48	44,9	30	28,0
Mista	11	10,3	15	14,0	8	7,5
Sem resposta	2	1,9	10	9,3	11	10,3
Total	107	100,0	107	100,0	107	100,0

Quadro IV: Categorias das respostas aos casos apresentados, segundo o género

	Caso I				Caso II				Caso III			
	Masc		Fem		Masc		Fem		Masc		Fem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ét.principialist	11	37,9	32	41,0	1	3,4	9	11,5	6	20,7	28	35,9
Ét.virtudes	4	13,8	8	10,3	1	3,4	2	2,6	3	10,3	3	3,8
Ét.cuidado	5	17,2	20	25,6	4	13,8	16	20,5	0	0,0	3	3,8
Ét.casuística	1	3,4	6	7,7	0	0,0	1	1,3	5	17,2	10	12,8
Ét.profissional	5	17,2	2	2,6	14	48,3	34	43,6	11	37,9	19	24,4
Mista	2	6,9	9	11,5	7	24,1	8	10,3	2	6,9	6	7,7
Sem resposta	1	3,4	1	1,3	2	6,9	8	10,3	2	6,9	9	11,5
Total	29	100	78	100	29	100	78	100	29	100	78	100

Quadro V: Categorias das respostas aos casos apresentados, segundo a profissão

	Caso I				Caso II				Caso III			
	Méd		Enf		Méd		Enf		Méd		Enf	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ét.principalist	22	39,3	21	41,2	3	5,4	7	13,7	10	17,9	24	47,1
Ét.virtudes	7	12,5	5	9,8	1	1,8	2	3,9	3	5,4	3	5,9
Ét.cuidado	12	21,4	13	25,5	11	19,6	9	17,6	1	1,8	2	3,9
Ét.casuística	4	7,1	3	5,9	1	1,8	0	0,0	11	19,6	4	7,8
Ét.profissional	5	8,9	2	3,9	25	44,6	23	45,1	20	35,7	10	19,6
Mista	5	8,9	6	11,8	11	19,6	4	7,8	5	8,9	3	5,9
Sem resposta	1	1,8	1	2,0	4	7,1	6	11,8	6	10,7	5	9,8
Total	56	100	51	100	56	100	51	100	56	100	51	100

Quadro VI: Categorias das respostas aos casos apresentados, segundo a área

	Caso I			Caso II			Caso III											
	Urb	Rural	Semi	Urb	Rural	Semi	Urb	Rural	Semi									
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%								
É.princ	21	38,2	3	18,8	19	52,8	3	5,5	2	12,5	5	13,9	17	30,9	5	31,3	12	33,3
É.virt	4	7,3	5	31,3	3	8,3	2	3,6	1	6,3	0	0,0	2	3,6	2	12,5	2	5,6
É.cuid	14	25,5	5	31,3	6	16,7	12	21,8	1	6,3	7	19,4	3	5,5	0	0,0	0	0,0
É.cas	4	7,3	0	0,0	3	8,3	1	1,8	0	0,0	0	0,0	5	9,1	3	18,8	7	19,4
É.prof	3	5,56	2	12,5	2	5,6	25	45,5	8	50,0	15	41,7	18	32,7	4	25,0	8	22,2
Mista	8	14,5	1	6,3	2	5,6	11	20,0	1	6,3	3	8,3	7	12,7	0	0,0	1	2,8
Sem	1	1,8	0	0,0	1	2,8	1	1,8	3	18,8	6	16,7	3	5,5	2	12,5	6	16,7
Total	55	100	16	100	36	100	55	100	16	100	36	100	55	100	16	100	36	100

Urb=Área urbana; Rural=Área rural; Semi=Área semiurbana
 É.princ=Ética principalista; É.virt=Ética das virtudes; É.cuid=Ética do cuidado;
 É.cas=Ética casuística; É.prof=Ética profissional

RESUMO

Objetivo: Como existem poucos estudos sobre as determinantes e as bases que influenciam as decisões éticas dos profissionais de saúde, os objetivos deste estudo foram identificar e comparar o conjunto de atitudes éticas destes profissionais bem como as justificações para a sua tomada de decisão.

Métodos: Estudo transversal, quantitativo, que envolveu médicos e enfermeiros dos centros de saúde da região centro de Portugal. Os participantes foram convidados a listar os problemas éticos de três casos hipotéticos e consecutivamente recomendar soluções para essas situações, justificando as suas sugestões. Foram utilizados os softwares Microsoft Word e Excell.

Resultados: Foram inquiridos 107 profissionais de saúde, 56 médicos e 51 enfermeiros, 72,9% do sexo feminino. As atitudes éticas dos profissionais de saúde não parecem ser influenciadas pela carreira ou género, e utilizam na tomada de decisão atitudes justificadas pela ética principialista e pela ética profissional.

Conclusões: Os problemas éticos nos cuidados de saúde primários são preocupações diárias similares às situações críticas, dilemáticas, vividas nos cuidados hospitalares. Contudo, a subtileza envolvida pode fazê-los passar despercebidos, com possíveis consequências desastrosas para os pacientes, famílias e comunidades locais. Médicos e enfermeiros, em geral, estão preocupados com a preservação dos direitos individuais dos pacientes, mas procuram também procuram proteger as suas relações de ligação, pelo que fazem uma mistura das abordagens principialista e do cuidado. Os cuidados de saúde primários, quando comparados com os hospitalares, lidam com factos e valores distintos, muitas vezes, de maior amplitude e complexidade, embora de menor dramaticidade, o que justifica uma maior investigação para ajudar a analisar cuidadosamente esta interface da bioética com esse nível de cuidados.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde Primários. Atitudes Éticas. Médicos. Enfermeiros.

ABSTRACT

Purpose: Given the scarcity of studies on the determinants and basis that influence health professionals' ethical decisions, this study was devised to identify and compare the professionals' ethical attitudes and the justifications for their decision making.

Methods: Cross-sectional study, quantitative, involving doctors and nurses from health centres of the central region of Portugal (cluster sampling). Participants were asked to list ethical problems in three hypothetical cases, recommending and justifying their proposed solutions to those problems. Software used: Microsoft Word™ and Microsoft Excel™.

Results: The author inquired 107 health professionals, 56 doctors and 51 nurses, 72.9% female. The professionals' ethical attitudes did not seem to be influenced by their career or gender, and their decision making is justified by principlist and professional ethics.

Discussion: Ethical problems in primary health care are daily concerns similar to critical, dilemmatic situations seen in hospital care. The involved subtlety may make them go unnoticed with possibly disastrous consequences for patients, families and local community. In general, doctors and nurses are concerned with upholding patients' individual rights, but they do so while protecting the bonding relationships in a blend of principlist and caring approaches. Primary health care, when compared to hospital care, deals with distinct facts and values, often of greater amplitude and complexity albeit less dramatic, thus justifying further research to help thoroughly examine this interface between bioethics and primary health care.

Keywords: Primary health care. Ethical attitudes. Doctors. Nurses.

Quadro VII: Categorias das respostas aos casos apresentados, segundo o grupo etário

	Caso I			Caso II			Caso III		
	< 40	40-49	> 49	< 40	40-49	> 49	< 40	40-49	> 49
	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %
É.princ	12 44,4	9 34,6	22 40,7	6 22,2	2 7,7	2 3,7	11 40,7	12 46,2	11 20,4
É.virt	2 7,4	5 19,2	5 9,3	0 0,0	2 7,7	1 1,9	4 14,8	1 3,8	1 1,9
É.cuid	6 22,2	7 26,9	12 22,2	4 14,8	5 19,2	11 20,4	1 3,7	0 0,0	2 3,7
É.cas	2 7,4	2 7,7	3 5,6	0 0,0	0 0,0	1 1,9	2 7,4	1 3,8	12 22,2
É.prof	1 3,7	1 3,8	5 9,3	10 37,0	12 46,2	26 48,1	5 18,5	6 23,1	16 35,2
Mista	3 11,1	2 7,7	6 11,1	4 14,8	2 7,7	9 16,7	1 3,7	4 15,4	3 5,6
Sem	1 3,7	0 0,0	1 1,9	3 11,1	3 11,5	4 7,4	3 11,1	2 7,7	6 11,1
Total	27 100	26 100	54 100	27 100	26 100	54 100	27 100	26 100	54 100

< 40=Idade inferior a 40 anos; 40-49=Idade compreendida entre os 40 e os 49 anos inclusive;> 49=Idade superior a 49 anos

É.princ=Ética principialista; É.virt=Ética das virtudes; É.cuid=Ética do cuidado;
É.cas=Ética casuística; É.prof=Ética profissional



TEMAS ACTUAIS

A COADOPÇÃO E O DIREITO A UM PAÍ E A UMA MÃE

Pedro Vaz Patto*

Foi aprovado na generalidade um projeto de lei que permite a coadoção por pares homossexuais, ou seja, a adoção por uma pessoa “casada” com outra do mesmo sexo (ou a ela unida de facto) quando em relação a esta já esteja estabelecida a filiação, natural ou adotiva. O que significará que por esta via se poderá tornear facilmente a atual proibição da adoção conjunta por pares do mesmo sexo, deixando-se «entrar pela janela aquilo a que se fechou a porta»: basta que uma das pessoas adote singularmente, ou que uma mulher recorra à procriação artificial num país que não a proíba (os casos mais frequentes na prática), e depois o seu cônjuge, companheira ou companheiro, solicite a coadoção. Dizem os apoiantes do projeto que se trata apenas de proteger situações já existentes. Mas a função de uma qualquer lei não é reconhecer factos consumados ou regular situações já existentes, ela vigora para o futuro e abre (ou não) as portas a novas situações. Aqui, trata-se da possibilidade de alcançar, pela via indicada, alguns dos resultados a que chegaria através da legalização da adoção conjunta. É bom ter presente este facto para não cair na ilusão de que o projeto aprovado difere substancialmente dos que foram rejeitados e que admitiam a adoção conjunta por

* Juiz de Direito

pares do mesmo sexo. Trata-se de uma opção estratégica de alcançar o mesmo resultado de forma gradual e menos ostensiva.

Corresponde a uma intuição do bom senso, e sempre tal foi afirmado pelos manuais de psicologia do desenvolvimento infantil, que o *bem da criança e o seu crescimento harmonioso reclamam a presença de uma figura materna e de uma figura paterna*, sendo de todo lamentável a ausência de qualquer delas. Nenhum pai substitui uma mãe, tal como nenhuma mãe substitui um pai. Como afirma o filósofo e teólogo Xavier Lacroix, todos crescemos num duplo jogo de identificação e diferenciação, todos recebemos o amor segundo estas duas cores e estas duas vozes, masculina e feminina, pois nenhuma delas esgota a riqueza do humano. Assumir legalmente a filiação por duas pessoas do mesmo sexo é, de acordo com a filósofa Sylviane Agacinsky, negar violentamente a incompletude e finitude de cada um dos sexos em relação ao outro, é simbolizar, aos olhos dos visados e de toda a sociedade, a negação da limitação de cada um dos sexos e, conseqüentemente, a negação da riqueza da dualidade sexual.

Não é por acaso que a filiação envolve dois progenitores, não só um, mas também não três ou quatro: porque cada um deles, na sua unicidade, é portador de uma especificidade (a que é própria do seu sexo) que completa e enriquece a do outro.

O pedopsiquiatra Christian Flavigny, por seu turno, salienta (em *Je veux papa et maman – «père-et-mère» congédiés par la loi*; Salvator, 2013) como a identidade da criança se constrói a partir da noção de que foi gerada pela união entre o pai e a mãe. Isso é possível quando ela é adotada por um homem e uma mulher, que sempre poderiam ser seus pais biológicos, mas nunca quando é adotada por duas pessoas do mesmo sexo (ou coadotada por uma delas), que nunca poderiam ser seus pais biológicos, como ela sabe. Neste caso, a adoção serve de ficção legal falsificadora e geradora de uma

confusão prejudicial à construção dessa identidade. Convenhamos que será difícil explicar a essa criança (numa nova versão da “história da cegonha”) como é que na sua origem pode estar uma relação entre pessoas do mesmo sexo...

É por estas razões que sempre o regime da adoção foi concebido no sentido de a aproximar da filiação natural, para que a criança adotada se sinta o mais possível semelhante à que é criada pelos pais biológicos. E também para que a criança adotada não se sinta diferente das que o não são, muitos pais adotantes procuram ocultar de outras crianças o facto de ela ser adotada, o que nunca será possível quando é adotada por um par do mesmo sexo.

Ao contrário do que muitas vezes se diz, não há “consenso científico” a respeito da ausência de malefícios da educação de crianças por pares do mesmo sexo. O estudo mais extenso até hoje realizado, do professor da Universidade do Texas Mark Regnerous, publicado na revista *Social Science Research*, demonstra o contrário.

Também foi aprovada recentemente em França a legalização do casamento entre pessoas do mesmo sexo, associada à possibilidade de adoção. Mas o que a todos surpreendeu e ultrapassou todas as expectativas, foi a mobilização popular de oposição a esse projeto, que continua e não dá sinais de cessar. Realizaram-se, por várias vezes, manifestações das mais numerosas dos últimos anos. Juntaram-se pessoas de sensibilidades muito diferentes: católicos, mas também fieis de outras denominações religiosas e intelectuais laicos e de esquerda. Essa mobilização provocou, de acordo com as sondagens, a inversão da opinião geral a respeito do projeto: de uma aceitação claramente maioritária a uma oposição.

Um sinal de que não estamos perante “conquistas irreversíveis” contra as quais nada se pode fazer.

ABORTO e PSICOLOGIA

Patrícia Bernardo

Reflexão sobre os aspectos psicológicos do pós-aborto

Direito, liberdade e escolha são algumas palavras usadas por aqueles que defendem a descriminalização do aborto. Nesse debate muito se tem falado sobre a saúde física da mulher e que, hoje em dia, o aborto no Brasil é uma questão de saúde pública. Entretanto, pouco se tem falado sobre os aspectos psicológicos do pós-aborto e o impacto do mesmo sobre a mulher.

A mulher, muitas vezes, decide pelo aborto exposta a uma situação de desespero, medo, falta de alternativa, pressão e falta de apoio durante a descoberta da gravidez. Num instinto de autopreservação a escolha por retirar a criança de seu ventre parece uma alternativa que trará alívio, solucionando todos os problemas pelos quais ela está a passar. Porém, após o aborto ter sido efectivado e a situação acalmado ela pode ficar confusa.

Nesse momento, muitos sentimentos emergem, tais como mágoas, frustração, culpa, necessidade de reconciliar-se com a criança abortada, vergonha, vontade de isolar-se, depressão, baixa autoestima, medo da reacção das pessoas diante do que ela fez, raiva, problemas para dormir, incluindo pesadelos relacionados ao aborto, flashbacks ou “escuta” de sons de um bebé chorando, dificuldades em estabelecer vínculos afectivos e perda do interesse sexual.

Esse impacto negativo do aborto sobre a mulher tem sido estudado nos Estados Unidos, evidenciando que ele pode ser um “estressor” traumático com resultados adversos. Dois estudos científicos mais conhecidos (Fergusson et al., 2006, 2008) demonstraram que o

aborto aumenta significativamente os riscos de doenças mentais em jovens mulheres:

27% das mulheres que cometeram aborto apresentam ideias suicidas, uma taxa quatro vezes maior do que as mulheres que nunca engravidaram e mais de três vezes maior do que as mulheres que deram à luz; Houve um aumento de 61% dos riscos de pensamentos suicidas associados ao aborto; Houve um aumento de 31% do risco de forte depressão na faixa dos vinte e cinco anos de idade.

Outros estudos científicos com mulheres adultas mostram riscos semelhantes:

Mulheres com histórico de aborto têm aproximadamente três vezes mais probabilidade de apresentar depressões significativas em comparação com as que nunca abortaram (Pedersen, 2008); A taxa de suicídio é aproximadamente seis vezes maior entre as mulheres que abortaram em comparação com as que deram à luz (Gissler et al. 1996, 2005); O risco de suicídio é 154% mais alto entre mulheres que abortaram em comparação com as que deram à luz (Reardon et al. 2002); O aborto aumenta as possibilidades de desenvolvimento de transtorno bipolar em 167% e de forte depressão em 45% (Coleman et al. 2009b).

Diante desses resultados o que devemos fazer? Que caminhos devemos seguir como profissionais de saúde dedicados ao estudo e bem-estar daqueles que atendemos? A ciência e seu desenvolvimento devem estar ao serviço e progresso da humanidade e toda a prática deve avaliar e informar as consequências a curto, médio e longo prazo. O ser humano deve ser estudado em todas as suas dimensões: físicas, psicológicas e espirituais. O aborto seguro, como muitos argumentam como solução para o suposto problema de saúde pública enfrentado pelo Brasil, não garante que a mulher estará psicologicamente bem e adaptada para enfrentar o seu dia-a-dia, correndo outros riscos que não estão sendo avaliados. Portanto, o aborto, ao invés de um caminho que trará alívio pode-se tornar, do ponto de vista psicológico, fonte de futuros problemas psíquicos.

O ABORTO DESTRÓI AS PESSOAS*

Renzo Puccetti

Abortos crescem com as leis que os liberalizam

Em 19 de Janeiro, foi publicado no site da revista médica *Lancet* um artigo com os números do aborto no mundo entre 1995 e 2008. Os autores do texto declaram: “As leis restritivas ao aborto não estão associadas a menores taxas de aborto”. Não surpreende que a publicação tenha sido imediatamente adoptada por vários grupos pró-aborto para apoiar a liberalização da prática em todas as nações.

A base das tentativas de liberalização é o assim chamado “aborto seguro”, para o qual a legalização completa seria um elemento essencial, embora não exaustivo. Trata-se de esforços para convencer os governos, particularmente os da América do Sul, de que uma possível descriminalização do aborto só poderia resultar em progresso, porque impediria as complicações dos abortos clandestinos sem elevar o número de abortos realizados.

Mas podemos perguntar se essa leitura respeita a realidade ou é apenas uma representação conveniente para uma perspectiva muito ideológica.

Um elemento de reflexão vem da constatação de quem são os autores: membros do Instituto Guttmacher, que é uma formidável máquina de propaganda do aborto, historicamente ligada à maior rede de clínicas de aborto dos Estados Unidos, a Planned Paren-

* Texto enviado por *ZENIT.org* em 6 de Fevereiro 2012. O texto foi escrito por Renzo Puccetti, professor na Faculdade de Bioética do Ateneu Regina Apostolorum, em Roma.

thood. O Instituto Guttmacher faz parte do lobby pró-aborto, que pede das instituições internacionais o reconhecimento da interrupção voluntária da gravidez como parte dos chamados “direitos reprodutivos”.

Os autores afirmam que processaram os dados de seu estudo a partir de uma variedade de fontes: outros estudos publicados, relatórios ocasionais, pareceres de peritos. Como uma tal miscelânea possa ter embasado as estimativas referidas no artigo é um mistério obscuro, que dista muito da transparência de métodos que deveria permitir a verificabilidade e a reprodutibilidade do método científico de Galileu. Já de outra coisa temos mais conhecimento: do enorme grau de variabilidade e de incerteza que sustenta todos os métodos usados para estimar os abortos clandestinos.

Basta comparar as estimativas do número de abortos antes da legalização em alguns países ocidentais.

Para a Itália, Grandolfo fornece o número de 350.000 abortos antes da legalização, enquanto Figà Talamanca dá estimativas que, com base em vários modelos matemáticos, vão de 220.000 até 3.640.000, enquanto o professor Colombo apresenta como dado mais provável o de 100.000 abortos por ano.

Na França, a agência nacional de estatística, Ined, avalia que, antes da lei do aborto, o número era de 250.000. Já Thierry Lefevre fala de 55.000 a 90.000. Na Inglaterra, citavam-se 100.000 abortos antes da *abortion act* de 1967, ao passo que outras publicações científicas estimavam o número entre 15.000 e 31.000.

Não pode ser subestimado, ainda, o testemunho directo do norte-americano Dr. Nathanson, fundador da NARAL (Associação Nacional para a Revogação das Leis de Aborto), convertido à causa pró-vida e ao catolicismo. Ele comprova que houve um exagero propositado na quantidade alegada de abortos nos Estados Unidos, como técnica para criar a impressão de que o aborto era muito difundido no país e precisava ser legalizado.

Resta uma consideração a ser feita sobre o uso de dados brutos a respeito de factores paralelos, que podem modificar os próprios dados sobre o aborto em si. O mundo “pró-escolha” (favorável ao aborto) utiliza, por exemplo, todos os possíveis co-factores a fim de tentar diminuir a probabilidade de que os problemas psicológicos nas mulheres que fizeram abortos se devam ao próprio facto de terem abortado.

Eles argumentam que a causa de tais problemas não é o aborto em si, mas toda uma série de factores que predis põem as mulheres com problemas de saúde mental a abortarem com mais probabilidade. É de se perguntar por que os especialistas que publicaram o estudo na *Lancet* não corrigiram os dados sobre o aborto com base nos vários factores que influenciam o recurso a essa prática: renda de casa, religião, raça, fertilidade, escolaridade, para citar apenas alguns.

De uma coisa podemos estar certos: legalizar o aborto é aceitar que o número de abortos vai aumentar. Isto não é uma tese, mas um facto demonstrado na Itália, na Roménia, nos Estados Unidos, no Peru. E mostra claramente que lutar por leis restritivas significa lutar pela vida.



NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS

PASTORAL DA SAÚDE: A ARTE DE CUIDAR

Nos dias 28 a 31 de Maio passado decorreu em Fátima o XXV Encontro Nacional da Pastoral da Saúde subordinado ao tema geral «A Arte de Cuidar». O Encontro decorreu no Centro Paulo VI, tendo como princípio uma atitude que é sempre recomendada aos profissionais da saúde: quando não é possível curar é sempre possível cuidar. Esta verdadeira *arte da relação humana* definiu os objectivos do Encontro: os fundamentos do *cuidar*, como *cuidar*, onde *cuidar*, que acompanhamento no *cuidar*.

No **primeiro dia**, com o tema «Os doentes no mundo de hoje», o programa foi o seguinte, moderado por Laurinda Alves:

- Os doentes, quem são? (Oração de Sapiência – Ant^o Vaz Carneiro);
- Os doentes, onde estão? (painel);
- Que Igreja acompanha os doentes e os cuida? (conf^a – Tereza Messias).

O programa do **segundo dia** cumpriu o tema «Profissionais e Voluntários ao serviço dos doentes», com a moderação de Filipe Almeida:

- A missão dos leigos na Igreja (conf^a – A. Laureano Santos);
- A competência técnica (conf^a – Ant^o Ferreira);
- A competência ética (conf^a – Ana Sofia Carvalho);
- A competência na relação humana e na compaixão (painel).

O **terceiro dia** foi dedicado a «Organização da Pastoral da Saúde» e foi moderado por Walter Osswald, com o programa seguinte:

- A Pastoral da Saúde revisitada à luz do Vaticano II (confª – José Luís Redrado);
- A Gaudium et Spes: a Casa da Pastoral da Saúde (confª – José Nuno Ferreira da Silva);
- Para uma acção salvífica, que salvação (confª – Juan Ambrosio);
- A espiritualidade e os profissionais de saúde: importância do testemunho pessoal (confª - Sofia Reimão).

No **quarto dia**, dia de encerramento do Encontro, houve duas conferências, ambas de manhã:

- Os agentes da Pastoral da Saúde são chamados à santidade (Manuel Linda);
- A Saúde, um mundo a descobrir na Pastoral (Vitor Feytor Pinto).

Na impossibilidade de transcrever as extensas *Conclusões* e *Decisões* damos a seguir um breve resumo das *Decisões* assumidas no Encontro:

1º Dar colaboração efectiva a todas as iniciativas lançadas pelo Ministério da Saúde ou por outras instituições, para garantir mais e melhor saúde das populações.

2º Procurar estabelecer relações estruturais entre a Pastoral da Saúde e a Pastoral Familiar, a Pastoral Juvenil e a Pastoral Social, uma vez que, em todas estas áreas, a saúde é um valor a proteger, a promover e a recuperar.

3º Desenvolver sempre mais a presença da Igreja nos hospitais e clínicas, através de um cada vez mais eficaz serviço de Assistência espiritual e religiosa nos Hospitais.

4º Contribuir para a formação e desenvolvimento do voluntariado social e do voluntariado pastoral, que são complementares.

5º Lançar as bases da profunda renovação da Comissão Nacional da Pastoral da Saúde e das suas congêneres diocesanas.

PREMATURO DADO COMO MORTO: A SURPRESA

Da Austrália, com data de 31 de Maio, chegou-nos uma notícia que vale a pena ficar registada: um recém-nascido prematuro, nascido às 27 semanas juntamente com uma irmã, foi dado como morto após vinte minutos de esforços de ressuscitação pela equipa de médicos e enfermeiras. Mas, em vez de ser imediatamente retirado da sala, a pedido da mãe, de nome Kate, o médico entregou-lho para um gesto ou palavra de despedida. Em lágrimas, Kate segurou-o carinhosamente contra o seu peito e foi dizendo o que tinham sonhado para ele e como a irmã o esperava. Sentiu que a criança parecia arfar de vez em quando; durante duas horas ela e o marido continuaram a comunicar com o filho. Notaram então que ele arfava com mais frequência; com um dedo, a mãe pôs-lhe na boca umas gotas do seu leite. A criança chupou o leite e abriu os olhos. Estupefactos, o médico e toda a equipa tinham dificuldade em acreditar no que viam. Jamie, agora com três anos sem grandes problemas, está vivo porque a mãe, com o apoio do pai, lutaram com todo o carinho para que vivesse.

A notícia e os factos foram divulgados inicialmente pelo jornal britânico «Daily Mail», e a pergunta que nos vem ao espírito será: quantas crianças em *morte aparente* têm sido “atiradas para o balde”?

COADOPÇÃO: O CRIME E A DOR

Pelo seu inegável interesse, e na sequência da análise da coadopção que publicamos (Dr. Pedro Vaz Patto), transcrevemos de «A Voz da Verdade»¹ o texto seguinte, bem doloroso e acusador. Será que este crime também nos virá a ser oferecido?

A Teresinha foi coadoptada Isilda Pegado²

1 – A Teresinha tinha 6 anos quando a mãe, vítima de cancro da mama, faleceu. Desde o ano de idade que vivia com a mãe, perto dos avós e dos tios maternos. Foram estes a passar mais tempo com ela, durante a doença da mãe. Acima de tudo os primos... de quem tanto gostava, e com quem brincava longas horas...

2 – Durante estes 5 anos teve sempre um relacionamento saudável com o pai. O facto de o pai viver com um companheiro, o Jorge, nunca foi motivo de comentário. Contudo, desde os tempos do divórcio, o pai e os avós maternos ficaram de relações cortadas.

Após o óbito da mãe, a Teresinha foi viver com o pai, e com o Jorge.

3 – Os avós maternos receberam então uma notificação para comparecer em Tribunal onde lhes foi comunicado que a sua “neta” tinha sido coadoptada pelo companheiro do pai, pelo que deixava de ser sua neta.

Foi-lhes explicado que por efeito da coadopção os vínculos de filiação biológica cessam. É o regime legal aplicável (art. 1.986.º

¹Voz da Verdade, 2013-06-08

²Advogada, Presidente da Federação Portuguesa pela Vida.

do C.C. – “Pela adopção plena, extinguem-se as relações familiares entre o adoptado e os seus ascendentes e colaterais naturais”).

Nada podiam fazer. Choraram amargamente a perda desta neta (depois da filha) que definitivamente deixariam de ver e acompanhar.

A Teresinha que tinha perdido a mãe, perdia também os avós, os tios e os primos de quem tanto gostava. Nunca mais pôde brincar com aqueles primos ou fazer viagens com o tio Zé e a tia Sandra que eram tão divertidos. A Teresinha tinha muitas saudades daquelas pessoas que nunca mais vira.

Não percebia porque desapareceu do seu nome o apelido “Passos” (art. 1.988.º n.º1 – “O adoptado perde os seus apelidos de origem”).

4 – Um dia perguntou ao pai porque mudara de nome. Foi-lhe dito que agora tinha outra família. Não percebeu e, calou... Na escola, via que os outros meninos tinham uma mãe e um pai, mas ela não.

5 – Quando chegou aos 16 anos de idade foi ao ginecologista, sozinha. Ficou muito embaraçada com as perguntas que lhe foram feitas sobre os seus antecedentes hereditários maternos. Nada sabia. Percebeu que o médico não a podia ajudar na prevenção de várias doenças... Estava confusa. Nada sabia da mãe. Teria morrido? Teria abandonado a filha?

6 – Até que um dia descobriu em casa, na gaveta de uma cómoda, um conjunto de papéis em cuja primeira página tinha escrito SENTENÇA. E leu... que “o **superior interesse da criança** impunha a adopção da menor pelo companheiro do pai, cessando de imediato os vínculos familiares biológicos maternos, nos termos do disposto no art. 1.986.º do C.C., tal como o apelido materno (Passos) (art. 1.988.º n.º1 do C.C.) que era agora substituído por... Tudo por remissão dos arts. X.º a Y.º da **Lei Z/2013**.

7 – O que mais a impressionara naquele escrito foi o facto de que quem a escrevia parecia estar contrariado com a decisão que

estava a tomar. E, a dado passo escrevia “Na verdade, quando da discussão da lei Z/2013 na Assembleia da Republica o **Conselho Superior da Magistratura** e a **Ordem dos Advogados** emitiram parecer desfavorável à solução legislativa que agora se aplica. Porém, “*Dura lex sede lex*”. A Teresinha não percebeu...

8 – Durante anos procurou a Família materna, em vão... Mas rapidamente consultou os Diários da Assembleia da Republica onde constavam os nomes dos deputados que tinham aprovado aquela lei que lhe tinha roubado os mimos da avó Rosa, as brincadeiras do avô Joaquim... e os primos.

A Teresinha queria voltar ao tempo destes, que são sangue do seu sangue, mas não pode porque esses anos foram-lhe usurpados. Vive numa busca incessante pela sua identidade. Se as outras raparigas da sua idade sabem das doenças que a mãe e o pai tiveram, porque é que ela não pode saber? Porque lhe negam esse direito?

9 – Leu então num livro que “a adopção é uma generosa forma de ajudar crianças a quem faltam os pais e a família natural para lhes dar um projecto de vida. A adopção é sempre subsidiária”.

E perguntou – Onde está a minha família que nunca me faltou mas, de mim foi afastada por estatuição legal e decisão judicial? A Teresa está muito triste.

10 – O pai e o Jorge entretanto divorciaram-se... e a Teresa é obrigada a ir passar os fins-de-semana a casa do Jorge... porque a Regulação das Responsabilidades Parentais assim o ditou.

11 – *Teresinha, nós estamos aqui!*

Nota de leitura do livro UM OLHAR PARA PORTUGAL NO MUNDO

A atividade editorial portuguesa inunda os escaparates das livrarias a um ritmo que nenhum mortal pode acompanhar mas, ao considerar as obras dadas à estampa em catadupa, são minoria as que valem a pena. Por isso, é digno de nota o recente livro do nosso consócio José Paiva Boléo-Tomé com o título “*Um olhar para Portugal no mundo*”, do prelo das Edições Colibri.

Trata-se de um bem elaborado e fundamentado ensaio que, ao longo das suas 500 páginas, nos leva a percorrer a história portuguesa, com particular ênfase a expansão lusa pelo mundo, de modo a surpreender o olhar que sobre nós dirigiram os povos com que fomos contactando e que perdura até aos dias de hoje. Como se afirma no prefácio, o Autor pretende responder à pergunta: “que marca, que sinal de relação humana é possível ainda hoje identificar na acção de um Povo concreto no seu encontro com outros Povos, no seu esforço de abertura de novos mundos ao mundo” (pág. 20).

O livro ajuda-nos a compreender e a compreendermo-nos, a compreender o que foi o selo distintivo da presença portuguesa no mundo ao longo dos seus oito séculos de história e a compreendermo-nos enquanto povo que procura a relação fraterna com os outros povos.

A tese central deste obra reside exatamente na convicção de que os portugueses se têm distinguido pela especial relação que estabelecem com os outros seres humanos, de todos as raças e latitudes, caracterizada pelo respeito pelo outro. Esta ideia, frequentemente afirmada por muitos sem grandes preocupações de demonstração fundamentada, encontrou em Boléo-Tomé um estudioso que se de-

bruçou sobre as fontes históricas e nos traz argumentos sérios a defendê-la. Com efeito, o livro não constitui um simples ensaio apolo-gético, antes procura fundamentar a tese que o inspira e vai por isso muito mais fundo, numa análise do nosso percurso histórico em que surge luminoso este lusitano modo de estar, modo que ainda hoje é celebrado no coração de tantos homens e mulheres das mais variadas culturas, muitos deles sem contactos com os portugueses ao longo de séculos, mas que continuam a preservar na sua memória esta herança que os faz olhar-nos com simpatia, admiração e, não raro, com sentido de pertença. O autor oferece-nos assim, a “descoberta de uma relação humana que não foi de ontem, mas que, ao longo dos séculos, foi transmitida de geração em geração”(pág. 446).

Mesmo em relação aos aspetos mais negativos da nossa história, como foi o do escravagismo, o Autor salienta, com documentos na mão, não só o carácter bem mais benigno da ação dos portugueses em relação aos outros povos colonizadores, como também desfaz a densa cortina de calúnias que sobre nós foi lançada pelos poderosos que pretendiam substituir-nos nos interesses que tanto cobiçavam.

O Autor, distinto médico e professor catedrático jubilado de cirurgia da Universidade de Lisboa, com um percurso profissional notável, a que acresce o trabalho num demais apreciado com diretor da Acção Médica desde há várias décadas, faz uma bem conseguida incursão no campo da história, dando prova de que “as musas nunca fizeram mal aos doutores”. Com efeito, a grega Clio acompanhou o Autor nesta obra bem documentada, bem escrita e abundantemente ilustrada, sobre um tema que devia ser caro a todos os nós. Por isso, tem razão Marcelo Rebelo de Sousa quando disse que “devia ser lido por muitos portugueses”.

Neste tempo de caliginosas nuvens que se abateram sobre Portugal, reduzido ao retângulo europeu e sob a suserania limitada pelos poderes do mundo da finança, é bom, é preciso encontrar

motivos válidos para nos olharmos com orgulho. Essa necessidade esteve também na mira do Autor que salienta a “necessidade de encontrar novos caminhos” (pág. 21), fieis à nossa história e ao legado que deixámos no mundo.

Por tudo isto devemos estar gratos ao Prof. Boléo-Tomé por esta valiosa obra agora posta à nossa disposição.

Um olhar para Portugal no Mundo, J. Paiva Boléo-Tomé, ed. Colibri, 513 páginas, Lisboa, Dez. 2010.

ACÇÃO MÉDICA HÁ CINQUENTA ANOS

O fascículo nº 4 do ano 27º (Abril a Junho de 1963) está dedicado a dois temas, superiormente tratados pelos Professores Lobato Guimarães (Coimbra) e Manuel Júdice Halpern: o médico perante a morte e a regulação dos nascimentos. Lobato Guimarães esboça, com pincelada larga e vigorosa, um vasto retrato das diferentes situações letais com que o médico, e particularmente o cristão, se depara, desde o aborto provocado à morte perinatal (abordando o baptismo dos recém-nascidos em risco), da morte natural e do respeito pelo cadáver até à morte provocada e eutanásia. Nestas questões persistentes, os pontos de vista defendidos pelo Autor são ainda (e serão, certamente) os actualmente seguidos pela Igreja Católica, na sua incansável luta pelo direito à vida e pelo respeito que ela merece. Apenas num pormenor se evidencia diferença: a cremação não é hoje condenada pelo Magistério.

M. J. Halpern ataca com brio e humanidade o seu tema e conclui pela liceidade da regulação dos nascimentos, pelo dever de cada casal de decidir acerca do número de filhos que pode ter e pela obrigação, por parte dos cristãos, de recorrer para tal apenas aos métodos naturais (nessa altura o de Ogino-Knaus e o térmico, hoje superados pelo sinto-térmico). Recorde-se que há 50 anos se tinha iniciado apenas a caminhada triunfal dos anticoncepcionais orais e que estava para ser publicada a Humanae vitae. Mas disso teremos, certamente, notícia em futuras revisões do passado, passe o paradoxo...

De grande importância são as páginas dedicadas à figura do Papa João XXIII, ao tempo recentemente falecido, e à reprodução da sua última encíclica, o seu verdadeiro testamento, a Pacem in terris. De facto, o breve texto dedicado a João XXIII (não assinado e que supomos ser da autoria de Paiva Boléo) não é um mero necrológio ou um testemunho de circunstância; nele se sublinham, com justiça e sentido profético, as notáveis características do Bom Papa João e o extraordinário aporte que trouxe ao cristianismo ao apresentar a Igreja como Mãe e Mestra, fatora de Paz e concórdia e ao lançar o Concílio Vaticano II, “surgido num momento de inspiração divina e fonte de rejuvenescimento” de toda a Igreja. A publicação de largos extractos da Pacem in Terris representa uma sequência lógica desta breve homenagem ao grande Papa do Concílio.

Walter Osswald

ACÇÃO MÉDICA
ANO LXXVII, Nº 2, 2013

RESUMOS

- ABERTURA: Plano inclinado** - J. Boléo-Tomé 5
A eutanásia de duas crianças surdas mudas, no início deste ano, na Bélgica, serve de motivo para um comentário sobre o drama da progressiva perda de respeito pela vida humana nas sociedades chamadas desenvolvidas. O caso da Hungria, de sinal contrário, em que a Nação se arrisca a sofrer represálias por ter introduzido na Constituição o respeito absoluto pela vida e natureza humanas, é um exemplo do desvario desta “união” que devia ser comunidade humana.
- Medicina e Nova Evangelização** - Bernard Ars 7
103 A *Nova Evangelização* traduz-se no facto de os cristãos leigos reflectirem a fé na sua vida, na família, na actividade quotidiana, no trabalho e nos seus compromissos públicos e eclesiais. Constitui um verdadeiro desafio proposto aos cristãos para o anúncio da Fé aos homens e às mulheres. Esta *Nova Evangelização* requer que cada um comece por se *re-evangelizar*, mobilizando-se em quatro sentidos: estudar, viver com os outros, rezar e prestar o testemunho. O médico católico tem a liberdade de utilizar todos os meios para realizar este novo apostolado, mas deve assumir que nada substituirá o testemunho pessoal. Deve lembrar-se, sobretudo, que tem ao seu lado a presença de Cristo Ressuscitado e que conta com a Energia Soberana do Espírito.
- Actividade Médica ao serviço do Homem** - Roque da Cunha Ferreira 25
O Autor começa por lembrar as palavras da Gaudium et Spes: a actividade humana, do mesmo modo que procede do homem, assim para ele se ordena. Nesta perspectiva é olhada a actividade médica como serviço que exige quatro competências: competências técnica e ética, comunicação e compaixão. Olhando para o médico católico, ele deverá *servir Cristo nos irmãos, e olhar a Caridade como marca do médico católico*.
- A arte de cuidar dos doentes e o bem comum** - Alexandre Laureano Santos No 33
conceito do Serviço Nacional de Saúde está implícita a ideia de que os cuidados a prestar no sentido da manutenção da saúde dos portugueses fazem parte de um património colectivo e do bem comum por todos participado. Os cuidados a prestar às pessoas ameaçadas pela doença materializam-se em instituições comunitárias, exigem a utilização racional de recursos comuns e a colaboração activa das comunidades locais.

- Atitudes éticas dos profissionais de saúde nas relações humanas** - José Augusto Simões 47
 Estudo em que são analisadas as determinantes e as bases que influenciam as decisões éticas dos profissionais de saúde que trabalham em Centros de Saúde. Pode-se dizer que as atitudes éticas dos profissionais de saúde não parecem ser influenciadas pela carreira ou género, e utilizam na tomada de decisão atitudes justificadas pela ética principialista e pela ética profissional. Os problemas éticos nos cuidados de saúde primários são preocupações diárias similares às situações vividas nos cuidados hospitalares, mas com uma subtilidade que pode fazê-los passar despercebidos, com possíveis consequências desastrosas para os pacientes, famílias e comunidades locais.

TEMAS ACTUAIS

- A coadopção e o direito a um pai e a uma mãe.** Pedro Vaz Patto. 71
 Foi recentemente aprovado na generalidade no nosso país um projecto de lei que permite a coadopção de crianças por pares homossexuais. Ao contrário do que afirmam os seus defensores, esta decisão vem ao arpejo da opinião científica dominante que reclama a presença das figuras materna e paterna durante o desenvolvimento infantil, sendo de todo lamentável a falta de qualquer delas. Nenhum pai substitui uma mãe nem nenhuma mãe pode substituir um pai. É uma grosseira violação do regime legal da adopção que foi concebido no sentido de o aproximar da filiação natural semelhante à que é criada pelos pais biológicos.
- Aborto e Psicologia** – Patrícia Bernardo 74
 Trata-se de uma reflexão breve sobre os aspectos psicológicos nas mulheres no período pós-aborto baseada nos resultados de vários estudos epidemiológicos publicados em revistas americanas. Ao contrário do que tem sido repetidamente afirmado, as manifestações de depressão sob várias feições são significativamente mais frequentes e mais graves nas mulheres que foram submetidas a abortos.
- O aborto destrói as pessoas** - Renato Pucetti 76
 Há alguns meses foi publicado na revista *Lancet* um artigo sobre as estatísticas dos abortos no mundo, concluindo que “as leis restritivas ao aborto não estão associadas a menores taxas de aborto”. Os seus autores, ligados a uma instituição americana que faz parte de um lobby pró-legalização do aborto, usaram uma metodologia muito grosseira a partir de uma diversidade de fontes muito heterogénea, desde relatórios ocasionais até a pareceres de “peritos”. As estatísticas provenientes de fontes idóneas em vários países, efectuadas antes e após a legalização do aborto demonstram exactamente o contrário.

NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS

◎ Pastoral da Saúde – a arte de cuidar (notícia sobre o Encontro Nacional de Pastoral da Saúde);	81
◎ Prematuro dado como morto (notícia sobre um suposto nado-morto que afinal está vivo);	83
◎ Coadopção: o crime e a dor (bela análise jurídico-social da coadopção ao longo da vida da criança);	84
◎ Nota de leitura do livro. UM OLHAR PARA PORTUGAL	87
◎ Acção Médica há 50 anos.	90

SÓCIOS FALECIDOS

Tomamos conhecimento do falecimentos do nosso Associado:

- ✓ Dr. António Júlia Pinheiro Caetano Correia de Miranda | Santo Tirso
- ✓ Dr. Fernando José Afonso Braga da Cruz | Porto

À família enlutada a Associação dos Médicos Católicos Portugueses manifesta o seu pesar.

