



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

ANO LXXXVIII, Nº 2

Junho 2014

Fundador

José de Paiva Boléo

Director

J. Paiva Boléo-Tomé

(paivaboleotome@gmail.com)

Administradora

Ana Sarmento

(antoniosarmento55@sapo.pt)

Sub-Director

Alexandre Laureano Santos

(a.laureano@netcabo.pt)

Redactores

José M. el Lopes dos Santos – José Augusto Simões – Ana Maria Felix

Conselho Científico

Walter Osswald

Henrique Vilaça Ramos

José E. Pitta Grós Dias

Levi Guerra

Jorge Biscaia

Lesseps L. dos Reis

Daniel Serrão

José Pinto Mendes

Número de Identificação: 501 983 589

ISSN – 0870 – 0311 – INTERNATIONAL STANDARD SERIAL NUMBER

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

Administração: Rua de Santa Catarina, 521 – 4000-452 PORTO – Telef.: 222 073 610

<http://amcp.com.sapo.pt> – Secretária: Maria de Fátima Costa (mfimleal@gmail.com)

Execução Gráfica: ORGAL Impressores – Tiragem: 750 exemplares

**ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS
CATÓLICOS PORTUGUESES**

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

DIRECÇÃO NACIONAL

Presidente: Carlos Alberto da Rocha

Vice-Presidente: João Tiago Guimarães

Secretário: Alice Seixas

Tesoureiro: Ana Sarmento

Vogais: Luisa Viterbo

Patrícia Bernardino

João Pedro Pimentel

Bruno Pinto

Assistente: P. José Eduardo Lima sj

NÚCLEOS DIOCESANOS (PRESIDENTES)

Aveiro: Jorge Rodrigues Pereira

Portalegre/Castelo Branco: Isabel Marques Jorge

Coimbra: Augusto Pinto

Faro: Santos Matos

Guarda: Vítor Santos

Lisboa: Sofia Reimão

Porto: Manuel Pestana Vasconcelos

Vila Real: Maria Goretti Rodrigues

Viseu: João Morgado

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

SUMÁRIO

ABERTURA: Um guia para a Vida	
J. BOLÉO-TOMÉ.....	93
Limites e desafios éticos dos «indicadores»	
José Augusto SIMÕES.....	95
Nutrição e hidratação artificiais em situações decorrentes de demência	
Ana NEVES, Carla SOUSA, José Augusto SIMÕES.....	101
A arte de cuidar: a intervenção dos cristãos nos domínios dos cuidados de saúde	
Alexandre Laureano SANTOS.....	119
Vida, Morte e dignidade: o suicídio “assistido”	
Pedro Vaz PATTO.....	133
Jorge Biscaia – uma vida exemplar	
Henrique Vilaça RAMOS.....	137
Carta do Presidente	
Carlos Alberto da ROCHA.....	145
TEMAS ACTUAIS	
• Homossexual... católico	
Phillipe ARIÑO.....	151
• Liberdade religiosa no mundo	
John FLYNN.....	157
NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS	
1 - A cidadania europeia desprezada	163
2 - Eutanásia involuntária	165
3 - Igreja, ONU e abusos sexuais	167
4 - ONU: as novas metas de desenvolvimento	169
5 - Conselho Nacional da AMCP	171
6 - Acção Médica há 50 anos	173
RESUMOS	175

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Pagamento adiantado

Associados da A.M.C.P.: desde que a quotização esteja regularizada recebem a revista sem mais qualquer. 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: UM GUIA PARA A VIDA

A história é muito conhecida; tem mesmo circulado em algumas redes sociais. Mesmo assim, vale sempre a pena parar um pouco para a ler de novo e pensar. Nesta página da revista, ou em qualquer outro local, poderá ser o modo de lançar um olhar diferente para o que nos pode ajudar a construir o pedacinho de História que nos foi entregue com a Vida.

Uma criança, num aeroporto, espera a chamada para o embarque. Sozinha, está tranquila e segue com interesse o movimento dos aviões. Quando chega o momento colocam-na à frente dos passageiros para ser acompanhada até ao lugar, sem as confusões dos embarques. Deram-lhe um livro para colorir.

O avião levanta vôo. Um passageiro sentado ao seu lado procura meter conversa, a que a criança responde educadamente, regressando ao seu livro de cores. Algum tempo depois, e já em vôo de cruzeiro, entram numa zona de tempestade – o avião é sacudido, e a turbulência assusta vários passageiros. Uma senhora, sentada do outro lado da coxia, com alguma angústia pergunta à criança: «Estás com medo?» Serenamente o menino responde: «Não, não tenho medo; o meu pai é o piloto!»

“O meu pai é o piloto”. A confiança sem reservas porque o “pai” é o piloto. Também nós, neste trajecto da Vida que vamos percorrendo, temos um Pai que nos acompanha sempre, porque deseja que o aceitemos como o nosso piloto. Ele conhece as nossas limitações, as nossas infidelidades, os nossos comportamentos desviados, as nossas angústias, medos, sofrimentos e enganos; mas continua a chamar-nos para ser o nosso piloto, o nosso guia, a nossa referência, a nossa luz. Nas horas difíceis ou nos momentos felizes, Ele está sempre ao nosso lado, aconselhando e convidando para seguirmos o caminho certo. Não empurra, não berra, a sua palavra é suave, o seu convite é profundamente afectuoso; Ele sabe o que somos e sentimos,

no mais íntimo de cada um. Insiste, mas não magoa – respeita a liberdade, de pensamento e acção, que nos foi dada com a nossa condição humana. Está connosco, sempre, esperando o nosso pedido e a nossa decisão de o acompanharmos no caminho do Bem, no caminho da Luz, no caminho da água pura de que Ele é a fonte.

Que resposta é a nossa, que resposta tem sido a nossa, a este convite sereno, amigo, continuamente presente? Quando tudo parece desabar à nossa volta, tantas vezes olhamos para Ele, não com a confiança plena daquela criança, mas com o desespero de quem se encontra perdido e esqueceu o convite amigo de quem quis ajudá-lo no caminho da Vida.

Que resposta queremos dar, num mundo que parece ter posto de lado, ou esquecido, ou destruído, os valores de referência, verdadeiros radio-faróis que marcam o pedacinho de história da Vida que nos foi entregue?

“O meu Pai é o piloto”, afirmou a criança, segura e confiante. E nós, como respondemos às turbulências da Vida?

J. Boléo-Tomé

LIMITES E DESAFIOS ÉTICOS DOS «INDICADORES»

José Augusto Simões*

Relativamente aos limites e desafios éticos dos indicadores, Juan Gérvas e Mercedes Pérez Fernández¹ afirmam que os médicos têm um crédito social enorme. Por exemplo, os pacientes consideram que o seu médico tem sempre alguma resposta para os seus problemas. Em geral, acreditam que ele sabe e que se mantém atualizado. Por isso, os médicos obtêm as melhores classificações em pesquisas sociais sobre a confiança do público nos profissionais, geralmente ao nível dos cientistas, e bem longe dos piores classificados (os políticos)¹. E recordam que são logo os piores avaliados pela população (os políticos) que determinam a forma de trabalhar dos médicos, que decidem sobre a sua organização e estrutura¹. Os políticos decidem sobre a maneira como os médicos são contratados e os meios que lhes são fornecidos¹, definem o seu método de pagamento, e o valor final da sua prescrição por diferentes conceitos¹. De alguma forma, os políticos determinam a reputação do médico, o seu crédito social, porque numa sociedade de mercado global é muito importante a forma de pagamento, bem como o montante dos rendimentos¹.

Juan Gérvas e Mercedes Pérez Fernández¹ afirmam que, além disso, a forma de pagamento é crucial para a prática clínica. Com o salário pagam o seu tempo¹. Com a capitação a saúde dos seus pacientes¹. Com o pagamento por acto a sua actividade¹. No entanto, nenhuma forma de pagamento é a ideal, mas parece que o pagamento por capitação, contendo os custos

*, Médico de Família na USF Marquês de Marialva, ACeS Baixo Mondego. Mestre em Bioética. Doutor em Ciências da Saúde.

sem prejudicar a qualidade, pode ser o melhor sistema de pagamento¹. De facto, nos países com melhores resultados de saúde e com bons cuidados de saúde primários (CSP), os médicos são pagos por capitação^{1,2}. No entanto, esta é sempre combinada com outras formas de pagamento, porque normalmente não cobre mais do que metade da remuneração mensal dos médicos de família¹. A característica da capitação é que esta está sempre associada a uma lista de pacientes, pela qual se paga um “*per capita*”, e a função de filtro (“*gatekeeper*”) dos CSP, no acesso dos pacientes a especialistas hospitalares através do médico de família¹. Em qualquer caso, as três formas de pagamento referidas podem-se complementar.

Miguel Melo e Jaime Correia de Sousa³ afirmam que o desenvolvimento da Medicina Geral e Familiar (MGF) em Portugal nos últimos vinte anos tem sido acompanhada pelo debate em torno da otimização dos modelos organizacionais e, conseqüentemente, dos sistemas retributivos com eles relacionados que permitam uma retribuição mais justa dos profissionais, ao mesmo tempo que se associam a uma melhoria da qualidade da prática clínica³.

Num documento de 1998, a «Declaração da Madeira»⁴, a Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (APMCG) defendeu o princípio da avaliação individual de desempenho numa “*perspetiva voluntária e periódica, sendo necessário identificar em reuniões de trabalho, por métodos de consenso, quais os parâmetros e indicadores a utilizar, construir uma matriz de referência para este processo de avaliação de desempenho e organizar um dispositivo de apoio logístico à sua operacionalização, registo e certificação apoiado em protocolos de orientação clínica, baseados em critérios de evidência científica*”^{3,4}.

Com a designação de indicadores de monitorização para a contratualização, os indicadores de desempenho são pela primeira vez consagrados em diploma legislativo português, no Despacho Normativo n.º 9, de 2006^{3,5}. Os elementos da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) desenvolveram um conjunto de indicadores a utilizar no acompanhamento e contratualização com as USF que deu origem ao documento «Indicadores de Desempenho para as Unidades de Saúde Familiar»^{3,6}.

O pagamento por desempenho (PpD), do termo inglês “*Pay for Performance* (P4P)”³ é o modelo de retribuição dos profissionais de saúde em

que estes auferem uma retribuição variável em função do atingimento de determinadas metas pré-estabelecidas para a prestação de cuidados de saúde^{3,7}. Em muitos sistemas de saúde este método de remuneração correspondeu a uma evolução do modelo de pagamento por acto. O PpD pode coexistir com outras formas de retribuição dos profissionais, nomeadamente com pagamento ligado à capitação, algumas formas de pagamento ao acto e componentes de vencimento fixo^{3,8}. A Portaria n.º 301/2008 do Ministério da Saúde⁹, de 18 de Abril, estipula que *“a contratualização de metas de desempenho com as USF deve conduzir, por si só, a esforços tangíveis na melhoria dos níveis da acessibilidade, dos desempenhos assistencial e económico e da satisfação dos utentes, bem como distinguir as USF que atinjam as metas contratualizadas com a atribuição de recompensas, suportadas pelos ganhos de eficiência previamente incorporados no sistema de saúde”*^{3,9}.

Apesar das diversas manifestações políticas de apoio ao desenvolvimento do PpD, existem na literatura diversos estudos que põem em causa as vantagens do sistema de PpD^{3,10,11} ou levantam questões éticas pertinentes^{3,12,13}. Numa revisão sobre o tema, Juan Gérvas e Mercedes Pérez Fernández¹ mencionam alguns efeitos do PpD, entre os quais o perigo do aumento das “cascatas” diagnósticas e terapêuticas. O pagamento por desempenho apresenta problemas éticos, entre os quais o risco de que o trabalho clínico se passe a centrar no seu cumprimento e que os doentes em cujo seguimento o cumprimento dos indicadores se realize com dificuldade sejam afastados, modificando-se assim a relação médico-doente, por o acto clínico se centrar no cumprimento dos indicadores e não nas necessidades do paciente¹.

Juan Gérvas e Mercedes Pérez Fernández¹ afirmam que começou em 1994, na Austrália, uma nova forma de pagamento médico, que incluía um incentivo para o desempenho. Esta nova forma de pagamento espalhou-se rapidamente para o Canadá, EUA, Nova Zelândia e Reino Unido, entre outros países. Ela é um incentivo de qualidade, para que certos actos sejam feitos como é esperado que o sejam (agindo de acordo com certas regras), e não simplesmente pagar pelo acto. Com este pagamento, que combina qualidade e quantidade, *“pay for performance (P4P)”*¹, são encorajadas as atividades seleccionadas, consideradas como mais convenientes. Procura-

se, assim, “*forçar*”¹ o médico, e no fundo expressa-se uma filosofia de profunda desconfiança no médico. Desconfiança fundada, já que em muitos casos os pacientes são muito inocentes, e de boa fé desconhecem que os médicos não fornecem os cuidados necessários em quase metade dos casos¹. Com o pagamento por desempenho (PpD) já não se supõe uma boa qualidade, mas em alguns aspetos específicos ela é exigida¹. No entanto, alguns autores referem que o PpD produz poucos ganhos em qualidade para o investimento que é feito e que irá apenas recompensar os que têm um elevado nível de desempenho³; outros mencionam que não é possível demonstrar a efetividade do sistema¹⁴. Mas, em todo o caso, nos estudos revistos parece haver algum efeito positivo do sistema PpD^{1,3,15}.

A Cochrane Collaboration também publicou em 2011 uma revisão sobre o P4P¹⁶ cuja principal conclusão foi que não havia provas suficientes para apoiar ou refutar o uso de incentivos financeiros para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde primários.

O uso de esquemas mistos de pagamento nos cuidados de saúde primários, incluindo o uso de incentivos financeiros para recompensar diretamente a “*performance*” e a qualidade (P4P) está em expansão em vários países. Existem, quer nos Estados Unidos quer no Reino Unido, exemplos da reforma de todo o sistema remuneratório. Apesar da popularidade desse sistema, não há atualmente evidência rigorosa do seu sucesso na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde primários¹⁶.

Concluindo existe uma ideia mais ou menos generalizada de que a contratualização é um dos calcanhares de Aquiles da Reforma dos CSP: muito centrada em Indicadores, alguns de utilidade duvidosa, com “*imposição*” de metas utópicas. Esta postura tem o potencial de induzir numa prática de CSP centrada em Indicadores, com todos os prejuízos conhecidos.

Mas, também existe a ideia de que as USF não são apenas indicadores e o foco da sua atenção deve ser a prestação dos melhores cuidados de saúde para os cidadãos; por isso, justifica-se a minha proposta de que se contratualizem não 20 mas sim 200 indicadores, que abarquem toda a atividade do médico de família, que assim teria que se concentrar em prestar cuidados de excelência em todas as áreas e não apenas em algumas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(Endnotes)

- ¹ GÉRVAS, J. et al. Pago por desempenho («pay for performance» [P4P]). *AMF*. 2008; 4(6): 344-352.
- ² MACINKO, J. et al. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. *HSR*. 2003; 38: 831-65.
- ³ MELO, Miguel., SOUSA, Jaime C. Os indicadores de desempenho contratualizados com as USF: Um ponto da situação no actual momento da Reforma. *Rev Port Clin Geral*. 2011; 27: 28-34.
- ⁴ APMCG – Direção nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Declaração da Madeira. Lisboa: APMCG; 1998.
- ⁵ DESPACHO NORMATIVO n.º 9/2006. D.R. I Série-B. 34 (16-02-2006); 1256-1258.
- ⁶ MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. Indicadores de Desempenho para as Unidades de Saúde Familiar. Lisboa; 2006.
- ⁷ ROSENTHAL, MB. et al. Paying For Quality: Providers' Incentives For Quality Improvement. *Health Affairs*. 2004; 23(2): 127-141.
- ⁸ GLASS, KP. et al. Incentive-Based Physician Compensation Models. *J Ambulatory Care Manage*. 1999; 22(3): 36-46.
- ⁹ PORTARIA n.º 301/2008. D.R. I Série. 77 (18-04-2008); 2278-2281.
- ¹⁰ ELDRIDGE, C. et al. Performance-based payment: some reflections on the discourse, evidence and unanswered questions. *Health Policy and Planning* 2009; 24: 160-166.
- ¹¹ CAMPBELL, S. et al. Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. *N Engl J Med*. 2009; 361: 368-78.
- ¹² NELSON, AR. Pay-for-performance programs: Ethical questions and unintended consequences. *Current Clinical Practice*. 2007; 1: 16-8.
- ¹³ SNYDER, L. et al. American College of Physicians. Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. Pay-for-performance principles that promote patient-centered care: an ethics manifesto. *Ann Intern Med*. 2007; 147(11): 792-4.
- ¹⁴ ROSENTHAL, MB. et al. Early experience with payfor-performance: from concept to practice. *JAMA*. 2005; 294(14): 1788-93.
- ¹⁵ PETERSEN, LA., et al. Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care? *Ann Intern Med*. 2006; 145: 265-272.

- ¹⁶ SCOTT, A. et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians (Review). Cochrane; 2011, Issue 9. Disponível em: <http://www.thecochranelibrary.com>.

NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO ARTIFICIAIS EM SITUAÇÕES DECORRENTES DE DEMÊNCIA

Ana Neves¹, Carla Sousa², José Augusto Simões³

INTRODUÇÃO

A Demência não é uma doença nova, acontece que até ao início do século XX eram poucas as pessoas que viviam para além dos 65 anos, logo a quantidade de pessoas que padecia da doença era menor (1).

Atualmente assiste-se ao envelhecimento progressivo da população, à identificação de cada vez mais casos de Demência e à discussão de todas as questões éticas que a patologia acarreta. Nos dias que correm, ainda não se tem certeza se as pessoas em fases avançadas de Demência estão conscientes ou têm momentos de consciência do que se passa em seu redor, à semelhança do Estado Vegetativo Persistente (EVP). Assim, torna-se pertinente perceber se há consciência nas fases avançadas de Demência.

Esta situação reveste-se de características muito especiais, que levantam problemas de diagnóstico, tratamento, prognósticos e questões éticas, particularmente delicadas, principalmente quanto à legitimidade de interromper ou não, as medidas de suporte terapêutico conducente ao prolongamento da vida.

Deste modo, o objetivo desta revisão bibliográfica é recolher pontos de vista éticos sobre a interrupção da nutrição e hidratação artificiais (NHA) em fases avançadas de Demência. Os diferentes pontos de vista

¹ Aluna do Mestrado em Gerontologia da Universidade de Aveiro. E-mail: ana.neves@ua.pt

² Aluna do Mestrado em Gerontologia da Universidade de Aveiro. E-mail: carlasousa@ua.pt

³ Professor do Mestrado em Gerontologia da Universidade de Aveiro no ano letivo 2009/2010. E-mail: jars@ua.pt

surgem porque uns consideram que NHA são procedimentos médicos, enquanto outros os consideram a satisfação de uma necessidade básica. Dependendo do ponto de vista defendido, a suspensão da NHA, é vista como um procedimento a realizar – tratamento obrigatório – ou algo supérfluo – tratamento opcional.

Decidiu-se fazer esta revisão uma vez que existem cada vez mais indivíduos que padecem desta doença, tratamentos caros e por vezes, os benefícios são inferiores aos riscos. Na pesquisa bibliográfica efetuada verificou-se que, relativamente à suspensão da NHA em fases avançadas de Demência, não se encontraram estudos, o que levou a que se tivesse de fazer um paralelismo com o EVP.

MÉTODOS

Utilizou-se a função de pesquisa com palavra-chave para artigos sobre EVP e fases avançadas de Demência, com recurso a bases de dados eletrónicas como Scielo, Pubmed e BVS. Foram selecionados 26 artigos, uma vez que eram atuais e versavam sobre a temática pretendida, nomeadamente: referência a questões éticas em fim de vida, considerações sobre hidratação e alimentação artificiais como procedimentos médicos ou cuidados básicos, referência a casos estudados, (ponto de vista ético-legal), analogia entre Demência e EVP, cuidados paliativos e nutrição; foram excluídos 1108, uma vez que apesar de falarem de assuntos relacionados com a temática, não se debruçavam exatamente na abordagem pretendida. Consultaram-se livros sobre questões éticas na prestação de cuidados em fim de vida, questões éticas e/ou legais na interrupção da NHA, diagnóstico de perturbações mentais, cuidados paliativos, entre outros. Consultaram-se entidades versadas na temática como a Comissão Nacional de Ética da Ciência da Saúde e a Alzheimer Europe.

Conceitos

A referência a **Estado Vegetativo Persistente** foi utilizada pela primeira vez em 1972 num artigo de Jennett e Plum, intitulado “*Persistente vegetative state after brain damage. A syndrome in search of a name*” (2, 3).

Nesta revisão define-se EVP como uma situação clínica de completa ausência de consciência relativamente ao próprio e ao ambiente envolvente, com ciclos de sono-vigília e preservação completa ou parcial das funções hipotalâmicas e do tronco cerebral (4, 5). O seu diagnóstico pode ser alcançado com uma fiabilidade aceitável e reprodutível, sendo diferente de outras que apresentam também alterações profundas da consciência, como o estado minimamente consciente ou o coma. A pessoa embora desprovida de atividade cognitiva e de auto-consciência, não pode ser entendida como estando morta nem pode ser considerada em estado terminal, isto porque guarda em qualquer circunstância a dignidade intrínseca ao ser humano que é (6). A definição do quadro clínico de EVP é útil para uma avaliação mais rigorosa do estado alterado da consciência, uma vez que um diagnóstico preciso terá repercussões no prognóstico.

Como critérios de diagnóstico consideram-se os estabelecidos pela *Multy-Society Task Force* (7, 8):

- Total ausência do eu ou do ambiente circundante, impossibilidade de interação com o próximo;
 - Ausência de respostas sustentadas, reprodutíveis, intencionais e voluntárias a estímulos auditivos, tácteis ou nóxicos;
 - Ausência de compreensão ou expressões verbais;
 - Vigília intermitente, ciclos sono-vigília;
 - Preservação das funções hipotalâmicas e autonómicas suficientes para a sobrevivência (cardiorespiratória, gastrointestinal, urinária, termorreguladora e neuroendócrina (5)). Incontinência urinária e fecal;
 - Preservação em grau variável dos reflexos dos nervos cranianos (pupilares, óculo-cefálicos, córneos, óculo-vestibulares, de deglutição) e espinomédulares.
- Para o diagnóstico é necessário um período de observação de 1 a 3 meses (5). Fala-se em estado vegetativo permanente ou crónico, quando este estado é considerado definitivo, irreversível, normalmente após um ano de cuidados de observação atenta e de estimulação da vigília (9).

O que caracteriza o estado vegetativo é uma combinação de períodos de vigília, com total ausência de evidência de uma mente funcional em termos de receção ou emissão de informação, isto é, uma clara dissociação en-

tre “estar acordado” e “estar consciente”. A abertura espontânea dos olhos ocorre após um período variável conforme a natureza da lesão, em regra mais alargado no caso de traumatismos cranianos, que no coma não traumático. Uma vez os olhos abertos, os doentes em EVP passam a apresentar períodos prolongados de vigília, alternando com sono (do qual podem ser acordados com vigorosa estimulação). Nos movimentos espontâneos dos olhos a perseguição visual intencional está ausente na maioria dos doentes em EVP. Relativamente à linguagem não há nenhuma evidência da compreensão ou da expressão linguística (10). Por vezes, apresentam movimentos não intencionais espontâneos como ranger os dentes. Sem razão aparente, os pacientes podem gritar, gemer, bocejar, chorar ou sorrir, todavia, estas reações são totalmente reflexas, o que não implica que as pessoas em EVP sejam capazes de mastigar ou deglutir voluntariamente, por estas funções serem do córtex cerebral. Podem ter reações de sobressalto a um ruído, podendo ser também despertados por estímulos dolorosos, abrindo os olhos ou movendo os membros espásticos, em flexão ou extensão. Este quadro clínico indica uma perda total das funções corticais. Na maior parte dos casos as pessoas podem respirar normalmente e podem ser alimentadas, através de uma sonda nasogástrica, ou por um tubo de gastrostomia.

Através da imagiologia cerebral verifica-se que os reflexos do tronco cerebral (pupilares, córneos, oculoauditivos, oculo vestibulares, oculocefálicos, masseterino, faríngeo, da deglutição, da tosse e do bocejo) estão geralmente intatos. Porém a diminuição da taxa metabólica da glicose no córtex cerebral, a evidência que os hemisférios cerebrais estão severamente lesados e a ausência de atividade evocada no varrimento de tomografia por emissão de positrões (PET) sustenta a afirmação que o doente em EVP tem uma perda total de funções corticais, recorrendo aos meios de diagnóstico complementares, como tomografia axial computadorizada ou ressonância magnética nuclear, entre outros.

Têm vindo a ser publicados critérios de diagnóstico a respeito do chamado “*Estado Minimamente Consciente*” (minimally conscious state) que se distingue do coma e do EVP por uma alteração profunda da consciência – que não preenche os critérios das duas situações anteriores – pelas diferenças no grau de consciência, pelos ciclos de sonos/vigília, pelas funções mo-

tora, audição, visão, grau de comunicação e por expressões emotivas (11).

A **Demência** é, sobretudo uma patologia do envelhecimento, reflectida no acentuado aumento da sua prevalência nos grupos mais idosos. Se a demência é devida ao envelhecimento ou relacionada com esse mesmo envelhecimento é uma questão que ainda não está totalmente clarificada, apesar do comprovado aumento da prevalência nos grupos de idade mais avançada (1).

A Demência define-se por um declínio das funções cognitivas, incluindo memória, capacidade de raciocínio e de julgamento, na ausência de *delirium* ou obnubilação da consciência, e persistente por um período não inferior a seis meses. (12, 13). Pode ser progressiva, estática ou remittente (os últimos não se aplicam na análise realizada). Nas fases avançadas, o sujeito pode tornar-se completamente ausente perante aquilo que o rodeia e requer cuidados constantes.

A Demência é caracterizada pelo desenvolvimento de défices múltiplos, devido aos efeitos discretos de um estado físico geral, aos efeitos persistentes de uma substância (incluindo exposição a tóxicos) ou a múltiplas etiologias. O desenvolvimento de défices cognitivos inclui diminuição da memória e, pelo menos, uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia ou perturbação na capacidade de execução. O diagnóstico de demência não deve ser feito se os défices cognitivos ocorrerem exclusivamente durante a evolução de *delirium*. Em fases iniciais é difícil demonstrar a perda de material previamente aprendido, uma vez que a capacidade de aprender coisas novas ou para esquecer coisas previamente aprendidas está diminuída. Nas fases mais avançadas a diminuição da memória é tão grave que a pessoa se esquece da sua profissão, das habilitações escolares, do aniversário, dos familiares e ocasionalmente do seu próprio nome.

Tendo em conta o que foi descrito anteriormente, com os conhecimentos empírico e académicos, toma-se a liberdade de apresentar o perfil da pessoa em fase avançada de Demência progressiva, sendo elas: ausência do eu e do ambiente circundante, diminuição severa da memória, restrito ao leito, não reconhecimento de faces familiares, reações reflexas a estímulos dolorosos, alteração do ciclo sono-vigília e com recurso a sonda nasogástrica para alimentação e hidratação.

Uma vez que nesta revisão se pretende realizar a analogia entre fases avançadas da Demência e EVP, relativamente à cessação NHA, é pertinente apresentar os seguintes aspetos em comum:

- Alterações da consciência, do ciclo sono-vigília;
- Alternância entre períodos de vigília e períodos de ausência evidentes de uma mente funcional em termos de receção ou emissão de informação, isto é, alternância entre os momentos de lucidez com os momentos “sem lucidez”, de inconsciência;
- Podem surgir reações de sobressalto a um ruído;
- As pessoas respiram normalmente e podem ser alimentadas, através de uma sonda nasogástrica, ou por um tubo de gastrostomia;
- Imagiologicamente há evidente atrofia cerebral.

Após a breve descrição dos conceitos – EVP e Demência – considera-se essencial expor o que se encara ser um procedimento médico ou um cuidado básico, pois a decisão sobre interromper ou não a NHA dependerá da perspetiva adotada.

Adaptando a opinião de Cranford (15), existem quatro níveis nos cuidados médicos de doentes em EVP/Demência:

- Tecnologia (suporte avançado de vida, como a ventilação, a ressuscitação cardio-respiratória, a diálise, entre outros);
- Medicação (antibióticos para tratar infeções pulmonares e urinárias);
- Nutrição e hidratação (tubos de alimentação necessários para manter a nutrição e a hidratação adequados);
- Cuidados gerais para manter o conforto, a higiene e a dignidade pessoal (exercícios diários para retardar a formação de contracturas musculares dos membros, cuidado diário com a pele e o posicionamento adequado e repetitivo do doente para impedir o desenvolvimento de úlceras de decúbito).

Para manter a funcionalidade o maior tempo possível deve ser implementado um programa de reabilitação a pessoas em fases avançadas de Demência. Esta centra-se em três objectivos: ajudar à recuperação, manter níveis existentes de habilidade e atrasar a deterioração em doenças dege-

nerativas. Isto melhora o bem-estar da pessoa e a prestação de cuidados. Com o avançar da Demência é provável que a pessoa venha a necessitar de cuidados cada vez mais técnicos. Em situações de EVP a evolução pode ser no sentido contrário à da Demência, ou seja, pode verificar-se melhoras, o que (até ao momento presente) na Demência não se verifica. As complicações mais frequentes que ameaçam a vida, em ambas as situações, são as infecções pulmonares e urinárias (5) que conduzem rapidamente a falências multi-orgânicas.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Situação Actual

Na pesquisa bibliográfica efetuada verificou-se que, relativamente à suspensão da alimentação e hidratação artificiais em fases avançadas de Demência, não se encontraram estudos que abordem a problemática. Todavia, encontraram-se alguns estudos que a referem no Estado Vegetativo Persistente. Uma vez que Demência (fases avançadas) e EVP apresentam algumas semelhanças optou-se por analisar a suspensão da NHA tendo em conta a investigação feita em EVP. Uma vez que em geriatria, o objetivo principal do tratamento não reside em prolongar a vida, mas sim em tornar a vida que resta tão autónoma e significativa quanto possível, é importante saber como atuar perante situações terminais resultantes de Demência.

Tecnologias de suporte vs. Tecnologias médicas

Em anos recentes, houve um amplo debate acerca da distinção entre tecnologias de suporte e tecnologias médicas, que fornecem nutrição e hidratação usando agulhas, tubos, cateteres etc. A distinção pode ser legitimamente usada para distinguir a recusa justificada e a recusa injustificada de tratamentos de suporte de vida. Alguns peritos argumentam que as tecnologias de suporte de vida, como a NHA, são meios não-médicos de conservar a vida, diferente de formas opcionais de tratamentos de suporte de vida, como ventiladores e máquinas de diálise.

Comumente, o nível do tratamento é adaptado à condição e ao prognóstico da pessoa com Demência. Este aspeto remete para a distinção entre

tratamento fútil ou extraordinário e tratamento útil. Genericamente, o tratamento fútil é aquele com o qual não se consegue atingir o objetivo; são terapêuticas que são administradas sem qualquer benefício (5). Por outro lado, o tratamento útil é aquele, que no balanço risco-benefício e vantagens/desvantagens, prevalece o benefício e a vantagem. Os procedimentos considerados fúteis são: ventilação mecânica (“extubação terminal”), NHA, suporte circulatório farmacológico, suporte transfusional, suporte da função renal, prescrição de novos fármacos (escalada terapêutica), análises de rotina, monitorização contínua de sinais vitais (13).

Esta distinção leva à necessidade de considerar conceitos como qualidade de vida e obstinação terapêutica. Segundo a Organização Mundial de Saúde *qualidade de vida*: “... a percepção que o indivíduo tem do seu lugar na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, em relação com os seus objectivos, os seus desejos, as suas normas e as suas inquietudes, é um conceito muito amplo que pode ser influenciado de maneira complexa pelo estado físico do indivíduo, pelo estado psicológico e pelo seu nível de independência, as suas relações sociais e as suas relações com os elementos essenciais do seu meio” (17). No artigo *Medicine High Tech* entende-se por *obstinação terapêutica* o “recurso a formas de tratamento cujo efeito é mais nocivo do que os efeitos da doença, ou inútil, porque a cura é impossível e o benefício esperado é menor do que os inconvenientes previsíveis.” (18)

Ao longo da história têm surgido situações em que a equipa médica recorre ao sistema judicial devido à complexidade das questões humanas envolvidas e o possível conflito entre a decisão médica e a dos familiares. Muitas das decisões dos tribunais sobre a problemática são oriundas dos Estados Unidos da América. Alguns desses tribunais sustentam que não há diferenças relevantes que distingam a NHA de outras medidas de suporte de vida. Consideram a nutrição artificial um procedimento médico sujeito aos mesmos padrões de outros procedimentos, e, portanto, às vezes injustificadamente penoso (19). Segundo alguns autores, em algumas circunstâncias, a NHA podem ser justificadamente interrompidas, assim como outras tecnologias de suporte de vida. As premissas centrais deste argumento são: que não há diferença moralmente relevante entre as várias tecnologias de

suporte de vida e que o direito de recusar um tratamento médico não depende do tipo de tratamento (20).

Questões Éticas

A discussão da cessação ou não da NHA é complexa, uma vez que interfere com valores morais, religiosos e culturais. Não são apenas os pacientes em EVP que apresentam este tipo de decisões terapêuticas, também se aplica a grupos de doentes com perda irreversível de consciência, como aquela que, por vezes, ocorre no último estágio de doenças metabólicas e degenerativas do cérebro (exemplo: doença de Alzheimer), e à complexa problemática do anencefalo e de estados vegetativos neonatais (malformações congénitas muito graves).

Ao médico não é permitido pretender a morte de um doente. Contudo, é-lhe permitido parar o tratamento extraordinário ou fútil, quando a morte é eminente em doentes em fase terminal. Podendo esta interrupção ser a pedido do próprio doente ou, sob condições, da sua família, quando o doente está mentalmente incapaz. Sempre que o processo de morte se desencadeia, a abstenção de medidas destinadas a preservar a vida ou a sua suspensão pode ser justificada, até mesmo indicada, depois de previamente discutida e deliberada com todos os intervenientes (equipa médica, familiares, entre outros) (16).

Em algumas situações a suspensão dos procedimentos acima considerados é benéfica para a melhoria da qualidade do fim de vida da pessoa com Demência ou outras situações terminais.

Pode ser o caso da suspensão da NHA (entérica ou parentérica) em doente terminal e principalmente na fase agónica do declínio. Isto porque um certo grau de desidratação diminui a quantidade de secreções orofaríngeas, diminui edemas e a estase pulmonar, diminui a sensibilidade à dor e facilita o controlo algico, permitindo à pessoa aproveitar os seus últimos momentos com tranquilidade e conforto (16).

O suporte nutricional tem sido encarado como um tratamento médico que os pacientes e seus familiares/profissionais de saúde podem aceitar ou recusar, com base no potencial benefício, nos riscos inerentes ao tratamento, no desconforto que pode causar ao paciente e na crença religiosa e cultural (21).

Infelizmente, o fornecimento de nutrientes e o suporte nutricional possuem efeitos adversos e riscos. A infecção, particularmente a pneumonia, é o maior problema em pacientes críticos, resultando num aumento da mortalidade e da morbidade, além do substancial aumento com os custos em saúde (20).

A NHA pode causar desconforto no processo de morrer (20). Pacientes com demência avançada, que recebem NHA por gastrostomia, têm um risco aumentado de aspiração com conseqüente pneumonia, diarreia, desconforto gastrointestinal e problemas associados com a remoção do tubo alimentar. Nesta fase da doença, recomenda-se ter como alvo o conforto do paciente, não se devendo fazer uso de NHA (20, 21). A ingestão de alimentos e de líquidos normalmente diminui na fase terminal da doença, logo o paciente não deve ser forçado a receber NHA, por não serem relevantes para estes pacientes (16).

Segundo alguns autores, os sintomas como fome e sede, usualmente, não são manifestados por pessoas em fase avançada de Demência. A desnutrição não é idêntica à fome; a desidratação não é idêntica à sede, e a inanição num contexto médico é muito diferente de uma desidratação aguda (20). Caso existam podem ser resolvidos num curto período de tempo ou podem ser ultrapassados de modo efectivo, com a colocação de gotas de água nos lábios, não sendo necessário administrar NHA (14).

Em pacientes próximos da morte, a desidratação resulta num alívio da sensação de afogamento e de asfixia, diminui a tosse, diminui a necessidade de sonda vesical por menor produção urinária e de sonda nasogástrica por diminuição da quantidade de secreções gastrointestinais (20).

A decisão de interromper a NHA é um dilema ético, uma vez que deve ter em consideração os princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Autonomia tem como ideal que a escolha seja feita pelo próprio paciente; a beneficência refere-se a aliviar o sofrimento do paciente; a não-maleficência tem como ideia não prejudicar o outro; e a justiça refere-se a fornecer uma boa qualidade de vida restante a esse paciente (22).

Embora se tenha o conhecimento que a NHA podem ser prejudiciais quando utilizadas em pacientes em fase terminal, não aumentando a sobrevida, todavia, melhoram o conforto de pacientes com demência. Muitas

pessoas acreditam que é mais aceitável a continuidade do tratamento do que a sua suspensão, crendo que esse ato levará o paciente à morte (23). No entanto, não será a interrupção da nutrição que vai levar a pessoa a morrer mas sim a patologia base que atua como fator determinante (20).

Muitas das decisões tomadas são baseadas em decisões jurídicas recentes, em códigos profissionais e argumentos filosóficos, porém existe ainda controvérsia sobre a cessação da NHA.

Em defesa desta posição surgem três argumentos principais. O primeiro argumento é de que a NHA são requeridas porque são necessárias para o conforto e a dignidade do paciente. Segundo o U. S. Department of Health and Human Services: “*O fornecimento básico de nutrição, fluidos e cuidados de rotina é fundamentalmente numa questão de dignidade humana, e não uma opção de julgamento médico*” (20). Esta regra inclui todos os métodos de fornecimento de nutrição e hidratação.

O segundo argumento é de que a NHA nunca são opcionais, concentra-se no significado simbólico: o fornecimento de nutrição e hidratação são a essência do cuidado e da compaixão no contexto médico, assim como em outros contextos. Os profissionais de saúde geralmente consideram devastador deixar alguém sem alimentação/hidratação, isto porque se sentem responsáveis pela morte da pessoa uma vez que o paradigma vigente é o da cura. Como disse Daniel Callahan, alimentar o faminto e cuidar alimentando são “*os gestos rudimentares da cura*” e “*o símbolo perfeito do facto de que a vida humana é inevitavelmente social e comunitária*” (25).

O terceiro argumento é uma versão do argumento da descida escorregadia. A ideia central é a de que as políticas de não fornecimento de NHA terão consequências adversas, pois a sociedade não será capaz de limitar tais decisões somente aos casos legítimos (exemplo: desvantagens prevalecem em relação às vantagens), surgindo pressões pela retenção de custos na saúde. Enquanto, primeiramente, havia emergido o “*morrer com dignidade*” como uma reacção de compaixão à ameaça do exagero no tratamento. O receio é o de que o “*direito de morrer*” se transforme na “*obrigação de morrer*”, talvez contra os desejos e interesses do paciente (20).

Em relação à equiparação entre a interrupção da ventilação e da NHA, deve registrar-se uma diferença essencial: a primeira não se insere no cui-

dado ordinário pelas pessoas; já no processo ontogénico, o ser humano precisa de ser alimentado por outros em diferentes etapas da vida. (25)

Alguns doentes em EVP têm uma condição física boa e estável com cuidados gerais e alimentação e assim podem ser mantidos vivos por vários anos. Os problemas éticos levantam-se quando o tubo de alimentação tem que ser mudado após uma complicação técnica. *“Esta mudança é útil ou é esta complicação o momento oportuno para terminar um tratamento adicional a mais?”* (16).

Muitos autores consideram que a manutenção da NHA não tem outro efeito que não seja o prolongamento do processo de morrer, sem qualquer benefício para o doente; ora se uma terapêutica não pode trazer benefício ao doente, não deve ser aplicada (26).

Em alguns pacientes, as desvantagens da NHA superam as vantagens, e ninguém pode privá-los do direito de recusar o tratamento. A obrigação de cuidar dos pacientes exige que se forneçam os tratamentos que estejam de acordo com seus desejos e interesses (dentro dos limites fixados pelas políticas de alocação justa), e não que se forneçam os tratamentos em função do que representam para a sociedade como um todo. Numa abordagem que representa um compromisso para os médicos que se querem envolver em ações simbolicamente significativas e, ao mesmo tempo, agir de acordo com os desejos e interesses do paciente, iniciam e prosseguem ações que com o tempo provocam a morte (20). Esta abordagem é arriscada e fraudulenta. Uma vez que esses médicos não admitem que o seu objetivo final, é o de que o paciente fique desidratado e desnutrido e, conseqüentemente, morra. O ato que resulta em morte é intencional, e a morte, no momento em que ocorre, é uma consequência previsível e evitável.

Tem havido dúvidas sobre o estatuto moral e legal da NHA. A introdução de uma sonda nasogástrica é um procedimento de enfermagem, enquanto que a gastrostomia é um procedimento médico. Alguns consideram que o tratamento, como os cuidados gerais (ordinários), sob nenhuma ou algumas circunstâncias pode ser interrompido. Segundo esta opinião parar a NHA é um assassinio. Ao longo do tempo os bioeticistas americanos vieram a considerar que a NHA é um tratamento médico, porque é uma intervenção para prolongar a vida que requer habilidades médicas. Além disso,

nos doentes em fase avançada de Demência, já está em curso um processo de morte, devido à perda da função de deglutição, pelo menos parcial. A NHA é um tratamento médico destinado a remediar a deficiência dessa função orgânica. Assim, um numeroso grupo de peritos tem vindo a afirmar que não há diferença entre a remoção de um ventilador e a interrupção da NHA. A pergunta que ressalta é se há indicação médica para este tratamento e se ele é do interesse do doente. Este ponto de vista foi confirmado por diversas decisões de tribunais nos Estados Unidos da América, no Reino Unido e nos Países Baixos (5).

De acordo com as declarações da Associação Médica Americana (AMA), em determinadas circunstâncias, é permitido parar o tratamento extraordinário. Enquanto que noutras declarações o termo utilizado é tratamento “desproporcional”. O tratamento artificial, como o suporte avançado de vida foi considerado um tratamento extraordinário, que pode ser suspenso quando esse tratamento é desproporcional. O tratamento deve ser balanceado pelos benefícios e pelos riscos. Uma vez que a pessoa em fase avançada de Demência ou um doente em EVP irreversível nunca experimentarão todos os benefícios do tratamento, assim como os riscos da prolongada sobrevivência na sua família e na equipa médica têm que ser considerados. Para a AMA, nestes casos é ético interromper todos os meios de prolongamento da vida. Os meios que prolongam a vida incluem a medicação, a respiração mecanicamente assistida e a NHA. Ao tratar um doente terminal inconsciente, a dignidade do doente deve ser mantida em todas as situações. De acordo com esta política uma pessoa em fase terminal de Demência ou um doente em EVP morre de uma morte natural após a paragem de um tratamento inútil, porque os danos subjacentes do cérebro conduzirão os doentes à morte (5).

Um argumento contrário é que o doente morrerá de uma maneira cruel por causa da sede e da desidratação. Apesar de se pensar que o doente em EVP ou fase avançada de Demência não pode experimentar qualquer sensação, nem fome, nem sede, nem dor e assim não pode sofrer. Além disso é usual sedar-se o doente para impedir os sinais de desidratação. A maioria das publicações não relata nenhum sofrimento anormal para o doente. Todavia, não há provas irrefutáveis dessa ausência de sofrimento. Mas, a recusa ou a interrupção de NHA constitui uma causa autónoma de morte (5).

As duas posições que foram expostas anteriormente são inconciliáveis. O diálogo entre os seus defensores revela-se muito difícil, mesmo por razões linguísticas (10).

Verifica-se que algumas vezes é legítimo suspender a NHA, abrindo caminho para a morte, e que a pressuposição a favor da NHA pode ser refutada nas seguintes condições: (1) se for altamente improvável que os procedimentos elevem os níveis de nutrição e de líquidos; (2) se os procedimentos forem elevar os níveis de nutrição e de líquidos, mas o paciente não vai beneficiar disso (por exemplo, em casos de anencefalia ou de EVP); (3) se os procedimentos forem elevar os níveis de nutrição e de líquidos e o paciente beneficiar, mas as desvantagens superarem os benefícios (20).

CONCLUSÕES

O estado vegetativo persistente é um diagnóstico neurológico, sendo “uma continuada e completa perda do conhecimento próprio com ciclos de sono/vigília e outras funções autónomas permanecendo relativamente intactas (5). A sobrevivência destes doentes, em algum grau, é relacionada com a qualidade, a intensidade do tratamento médico e os cuidados que recebem.

A Demência é definida pelo declínio das funções cognitivas, incluindo memória, capacidade de raciocínio e de julgamento, na ausência de *delirium* ou obnubilação da consciência, e persistente por um período não inferior a seis meses (12,13). Pode ser progressiva, estática ou remitente.

Os aspetos em comum no EVP e na fase avançada da Demência são os seguintes: alterações da consciência, do ciclo sono-vigília; alternância entre períodos de vigília e períodos de ausência evidentes de uma mente funcional em termos de receção ou emissão de informação, isto é, alternância entre os momentos de lucidez com os momentos “sem lucidez”, de inconsciência; podem surgir reações de sobressalto a um ruído; as pessoas respiram normalmente e podem ser alimentadas, através de uma sonda nasogástrica, ou por um tubo de gastrostomia; imagiologicamente há evidente atrofia cerebral.

A decisão de interromper a suspensão da NHA é influenciada por se considerar se é um tratamento útil ou fútil. Um *tratamento útil* é aquele

que traz benefícios sem riscos associados para o paciente, logo não deve ser interrompido; enquanto que o tratamento fútil é aquele que traz poucas vantagens na sua aplicação, por isso é aceite ética e moralmente que seja interrompido.

Esta dicotomia está relacionada com os procedimentos serem considerados médicos ou procedimentos básicos. As sondas nasogástricas, as perfusões intravenosas, os antibióticos, a ressuscitação cardíaca e a respiração artificial são medidas de manutenção geral usadas em situações de doença aguda ou crónica. A utilização destas medidas em doentes que estão irremediavelmente próximos da morte é geralmente inadequada - constituindo uma má prática - porque os malefícios de tais tratamentos/procedimentos excedem os seus potenciais benefícios (14).

À medida que uma pessoa se torna gravemente incapacitada, física ou mentalmente, como resultado da decadência senil, o interesse pela hidratação e pela nutrição torna-se frequentemente reduzido. Como o resultado natural da doença progressiva incurável e da senilidade avançada é a morte, nestas circunstâncias, é errado forçar o doente a aceitar alimentos ou líquidos. O desinteresse ou a aversão do doente devem ser considerados como parte do processo de extinção (5). Há evidências que indicam que os pacientes aos quais se permite morrer sem NHA, morrem mais confortavelmente que pacientes que a receberam.

Contudo, a ideia central é a de que as políticas de não fornecimento de NHA terão consequências adversas, pois a sociedade não será capaz de limitar tais decisões somente aos casos legítimos (exemplo: desvantagens prevalecerem em relação às vantagens), surgindo pressões pela retenção de custos na saúde.

Isto evidencia o aspecto prático da ausência de consenso nesta problemática. Por isso é de maior importância investir na investigação da Demência, nomeadamente nas fases avançadas para se perceber o nível de consciência presente. Sendo esta medida uma forma, entre várias, de manter a dignidade da pessoa. A investigação pode/deve passar por mais estudo de casos e consequente discussão aos mais diversos níveis, como, médicos, éticos, morais, culturais, sociais, juristas, antropólogos, gerontólogos, entre muitos outros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro-Caldas A, Mendonça A. A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal. Lisboa. Lidel; 2005.
2. Jennett B, Plum F. Persistent vegetative state after brain damage: a syndrome in search of a name. *Lancet* 1972;i:734-737.
3. Carneiro AV, Antunes JL, Freitas AF. Relatório sobre o estado vegetativo persistente. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Presidência do Conselho de Ministros. 2005. Disponível em URL: http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1273055807_P045_RelatorioEVP.pdf. Acedido em 29 de Outubro de 2009.
4. Gonçalves S. Deixar morrer doentes em Estado Vegetativo. Disponível em URL: http://www.saudinha.com/parcerias/revista_imprensa/diario_noticias/2005/dn_2005_02_18_02.htm. Acedido em 29 de Outubro de 2009.
5. Simões JA. A paragem da alimentação artificial nos doentes em estado vegetativo persistente. *Acção Médica* 2003;67:69-86.
6. Parecer N° 45 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Parecer sobre o Estado Vegetativo Persistente. Fevereiro de 2005. Disponível em URL: http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1273055770_P045_ParecerEVP_versaoFinal.pdf. Acedido em 29 de Outubro de 2009.
7. The Multi-Society Task Force on PVS. Medical aspects of the persistent vegetative state - First of two parts. *N Engl J Med* 1994;330:1499-1508.
8. The Multi-Society Task Force on PVS. Medical aspects of the persistent vegetative state - Second of two parts. *N Engl J Med* 1994;330:1572-1579.
9. Verspieren P. *Estado vegetativo*. In Hottois G, Parizeau MH. Dicionário da Bioética (ed. Port.). Lisboa. Instituto Piaget; 1998;191-197.
10. Coleman MR, Rodd JM, Davis MH, et al. Do vegetative patients retain aspects of language comprehension? Evidence from fMRI. *Brain* 2007;130(10):2494-2507.
11. Giacino JT, Ashwal S, Childs N, et al. The minimally conscious state: definition and diagnostic criteria. *Neurology* 2002;58:349-353.
12. DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Lisboa. Climepsi Editores; 2002.
13. Diagnostic Criteria - Principles of application of diagnostic criteria. Europe Alzheimer. 2009. Disponível em URL: <http://www.alzheimer-europe.org/Our-Research/European-Collaboration-on-Dementia/Diagnosis-and-treatment-of-dementia2/Diagnosis>. Acedido em 7 de Novembro de 2009.

14. Beauchamp TL, Childress JF. Princípio da Não-maleficência. In: Princípios de Ética Biomédica. 4ª Edição. São Paulo. Edições Loyola; 2002;209-279.
15. Cranford RE. Persistent Vegetative State. The Medical Reality (Getting the facts Straight). The Hastings Center Report 1998;27-32.
16. Ferreira M. Aspectos Éticos no Final da Vida Humana Paradigmas da Bioética Actual. In: Ética e Deontologia Médica. 2007. Disponível em URL: <http://www.ae-fml.pt/download/comissao2004/anotadas%205%20ano%200708/Medicina%20II/tica/Aula%207%20-%20tica%20no%20fim%20da%20vida.%20Biotica.pdf>. Acedido em 22 de Novembro de 2009.
17. Canhola A. Material leccionado na unidade curricular Cuidados Continuados e Morte. Mestrado de Gerontologia. Secção Autónoma da Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro. 2009-2010.
18. Lima C. Medicina *High Tech*, obstinação terapêutica e distanásia. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna 2006 (Abr/Jun);13(2):79-82.
19. Mccann RM, Hall WJ, Groth-Juncker AM. Comfort Care for Terminally ill Patients - The Appropriate Use of Nutrition and Hydration. JAMA 1994;272:1263-1266.
20. Reiriz AB, Motter C, Buffon VR, Scatola RP, Fay AS, Manzini M. Cuidados Paliativos: há benefícios na nutrição do paciente em fase terminal. Revista da Sociedade Brasileira Clínica Médica 2008;6(4):150-155.
21. Casarett D, Kapo J, Caplan A. Appropriate use of artificial nutrition and hydration - fundamental principles and recommendations. N Engl J Med 2005;353:2607-2612.
22. Chernoff R. Tube feeding patients with dementia. Nutr Clin Pract 2006;21:142-146.
23. Ganzini L. Artificial nutrition and hydration at the end of life: ethics and evidence. Palliat Support Care 2006;4:135-143.
24. Klein S, Kinney J, Jeejeebhoy K, et al. Nutrition in clinical practice: review of published data and recommendation for future research directions. J Parenteral Enteral Nutr 1997;21(3):133-156.
25. Derse AR. Limitation of treatment at the end-of-life: withholding and withdrawal. Clin Geriatr Med 2005;20:223-238.
26. Faria R. Estado vegetativo persistente e reanimação. In Archer L, Biscaia J, Oswald W. (eds) Bioética. Lisboa. Editorial Verbo; 1996;368-371.
27. Simões JA, Morgado JM.. Ética em Gerontologia. Brotéria 2005;160:15-27.

A ARTE DE CUIDAR. A INTERVENÇÃO DOS CRISTÃOS NOS DOMÍNIOS DOS CUIDADOS DE SAÚDE ¹

Alexandre Laureano Santos

1 – INTRODUÇÃO

Agradeço à Comissão Nacional da Pastoral da Saúde 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**. 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

¹ Texto que foi a base de uma intervenção oral no 25º Encontro da Pastoral da Saúde em Fátima (29/05/2013).

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 nos deparamos com uma inevitável escassez dos meios para alcançar os objectivos que nos propusemos. Esta precaridade 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.

Os encontros da Pastoral da Saúde são, pois, verdadeiramente importantes no contexto actual do nosso país. 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 dispôr 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. 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 te-

mas 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.

Nas mais remotas comunidades primitivas existem sinais da fraternidade entre os homens na luta contra a doença e contra a morte que deixaram vestígios hoje bem reconhecidos. Numa montanha do Norte do território que hoje é o Iraque, na gruta de Shanidar, foram descobertos sinais da pre-

sença de uma comunidade do homem de Neanderthal de há cerca de 60.000 anos. Foram aí encontrados vestígios humanos, nomeadamente os restos de um esqueleto conhecido cientificamente por Shanidar I ou Nandy, que fez parte do corpo de um homem que em vida foi necessariamente muito doente e completamente dependente; quando ocorreu a morte, tinha uma idade entre 40 e 50 anos (correspondendo à idade de 70 a 80 anos do homem de hoje). Esse esqueleto tinha múltiplos sinais de deformidades traumáticas graves no crânio e nos ossos compridos dos membros relacionadas com danos ocorridos muitos anos antes da sua morte. Pertencera a um homem que fora cego do olho esquerdo (havia sinais de antigo traumatismo com fractura da órbita) e tinha sinais de lesões múltiplas consolidadas nos ossos dos membros direitos que teriam provocado graves limitações motoras para a vida comum; não teria sobrevivido até à velhice se não tivesse um forte apoio da sua comunidade no sentido de o alimentar e de o manter durante a maior parte da sua longa vida.

Estes achados constituem um dos mais antigos documentos conhecidos da nossa humanidade. O seu real significado foi salientado num livro editado em França cujo título é «*Aux racines de l'homme: de la mort à l'amour*»², no qual é sobretudo posto em evidência o facto de que uma sociedade apenas se torna verdadeiramente humana quando se ocupa do outro, do semelhante mais frágil, quando alimenta e cuida dos mais fracos e dos mais vulneráveis.

A palavra *clínica* tem a mesma raiz de *inclinár*, que significa, portanto, dobrar, debruçar, estar atento, concentrar a atenção sobre... No meu caso da Medicina tem o significado de estarmos atento aos nossos companheiros de jornada. De facto, as mulheres e os homens da saúde, trabalhadores e voluntários que tratam dos seus semelhantes desde os primórdios da civilização, são colaboradores da Vida, são a Mão de Deus e a Mão dos Homens que estendem na estrada a mão aos mais frágeis e aos mais vulneráveis. Preparados e organizados na sociedade em que lhes foi dado viver, são os olhos e as mãos do Bom Samaritano do Texto Sagrado.

² Le Pichon, X. *Aux racines de l'homme: de la mort à l'amour*. Presses de la Renaissance. 1997.

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 muito cara. Mas, em minha opinião, é absolutamente errado dizer que os cuidados de saúde são gratuitos ou mesmo tendencialmente gratuitos porque, para que existam, evidentemente, temos que os criar e, portanto, sendo obra humana numa sociedade organizada, temos que os pagar. O que acontece é que nas sociedades civilizadas e mais evoluídas, os cuidados prestados na doença não são geralmente pagos nas circunstâncias da sua utilização pelos seus destinatários, que são o elo mais fraco de qualquer sistema organizado de prestação de cuidados de saúde. Mas, nessa altura, para que estejam disponíveis e possam ser utilizados os meios de luta contra a doença, 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 pode ser tomada como 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**.

3 – DO 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*** em textos dos seus livros dedicados ao humanismo cristão e ao personalismo³. Diz-nos Maritain, um dos participantes leigos no Concílio Vaticano II: *em comunidade deve procurar-se o bem possível de todos através do contributo do 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

³ *Jacques Maritain. La Personne Humaine et la Société, 1939; La Personne et le Bien Commun, 1947.*

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) 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. *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, nomea-

damente 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.

4 – 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 prevalecentes 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 adaptado 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 destes índices tiveram uma melhoria acentuada porque partíamos de valores muito infe-

riores 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 Santos. 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 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 um incessante aumento da procura.

e) 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 arte de cuidar. A intervenção dos cristãos nos domínios dos cuidados de saúde. *Alexandre Laureano Santos. O texto refere-se à posição da Igreja sobre os cuidados de saúde sob a luz da doutrina expressa no Concílio Vaticano II. Mencionam-se algumas das circunstâncias actuais da prestação de cuidados no nosso sistema de saúde e citam-se algumas referências doutrinárias da intervenção dos cristãos na vida pública.*

VIDA, MORTE E DIGNIDADE:

o suicídio assistido

Pedro Vaz Patto^{1*}

A história dramática de uma mulher portuguesa a quem tinha sido diagnosticado um cancro que não lhe permitiria viver mais de um ano e que recorreu, para se suicidar, aos serviços da organização suíça *Dignitas* relançou entre nós o debate sobre a legalização da eutanásia.

Parece surgir agora também entre nós a promoção da actividade desta associação, a quem têm recorrido pessoas de vários países, precisamente quando o próprio governo suíço pretende limitar os abusos a que se tem prestado este verdadeiro “turismo da morte”.

Contra esta prática de auxílio ao suicídio, vários argumentos podem ser esgrimidos, uns de princípio, atinentes aos alicerces do nosso património civilizacional e da nossa ordem jurídica, e outros que apelam a juízos prudenciais e a critérios de precaução.

O princípio aqui em jogo é o da **inviolabilidade e indisponibilidade da vida** humana. Esta é sempre um dom inestimável, um bem que é o pressuposto de todos os outros bens humanos, incluindo o da liberdade. Não pode invocar-se a autonomia contra a vida, pois só é livre quem vive. Este princípio já servia de base a Kant para, antes de quaisquer outras razões, negar legitimidade ao suicídio. E também tem alicerçado a noção de indisponibilidade dos direitos humanos fundamentais, que as primeiras históricas declarações sempre afirmaram como “inalienáveis”, isto é, dotados de um valor objectivo e independente da vontade do seu titular. Por outro lado, o valor e a dignidade da vida humana são intrínsecos, não se

^{1*} Juiz de Direito

graduam, nem se perdem, com a maior ou menor saúde ou idade.

Ao atingir este princípio, abre-se a porta à legalização de qualquer auxílio ao suicídio, mesmo para além das situações de doença terminal (como o demonstra o exemplo da *Dignitas*), e do próprio homicídio a pedido.

Para além desta questão de princípio, qualquer legalização nunca escaparia a dificuldades práticas de aplicação que sempre a desaconselhariam por uma questão de prudência. Como definir em termos absolutos um prognóstico de um, mais ou menos anos de vida? Ao saber do caso desta mulher portuguesa, veio-me à mente o de uma familiar muito próxima, também vítima de cancro, que viveu alguns anos mais do que os escassos meses inicialmente previstos. Anos preciosíssimos, para a própria e para todos os que a rodearam, que dela receberam nesse período uma eloquente lição sobre o sentido da vida, do sofrimento e da morte, talvez mais eloquente do que a lição dos seus anos de vida saudável, tão activa e frutuosa. Uma lição que fez lembrar a dos últimos anos da vida de João Paulo II, quando a morte também já se apresentava como inexorável.

E como afastar, por outro lado, a possibilidade de novos métodos de tratamento, que façam caducar qualquer prognóstico (o que, ao que julgo saber, tem sido cada vez mais frequente precisamente no âmbito do cancro)? Acabo de ouvir na rádio o relato de uma situação dessas, de quem, esperançosamente, aguarda a qualquer momento a descoberta de novos tratamentos para a sua doença.

Diz-se que se trata apenas de respeitar a vontade livre e consciente das pessoas em causa. Mas como garantir em termos absolutos a autenticidade dessa liberdade? Quando são frequentes, nestas situações, as oscilações entre fases de esperança ou apego à vida e fases de depressão ou desespero. E sendo que se trata da mais irreversível das decisões, de que já nunca poderá voltar-se atrás.

Um Estado que legaliza a eutanásia ou o auxílio ao suicídio não se limita a respeitar, supostamente e com neutralidade, a vontade de quem os pede. Está a transmitir uma mensagem, a afirmar que a vida dessa pessoa, pela sua doença ou por qualquer outro motivo, deixou de ter valor e dignidade. Não é isso que certamente esperarão do Estado e da sociedade todos os milhares de pessoas que estão hoje na mesma situação da nossa

desesperada compatriota que foi à Suíça suicidar-se. A mensagem que deve ser dada a essas pessoas é de que a sua vida continua a ter valor e sentido até ao fim, para elas e para todos nós. Não é do auxílio ao suicídio, mas da compaixão solidária, que passa pelos cuidados paliativos, que precisam essas pessoas para viver e morrer com dignidade.

JORGE BISCAIA: UMA VIDA EXEMPLAR

Henrique Vilaça Ramos



Jorge Alberto Biscaia da Silva Pinto, nasceu na Figueira da Foz em 18 de Novembro 1928 e faleceu em Coimbra a 8 de Abril de 2014. O primeiro filho de Afonso Augusto da Silva Pinto e de Maria da Silva Biscaia Pinto nascia para o mundo num domingo, o dia do Senhor, aquele Senhor que foi para ele a sua maior razão de vida, e partiu para Ele em plena Quaresma.

Foram 85 anos de uma vida repleta de alegrias, mas onde também passou a asa funesta da desgraça. Ainda na infância, desaparece-lhe a Mãe, levada pela morte numa idade bem jovem. Sobre isto, escreveu o próprio Jorge Biscaia: “É certo que a morte de minha mãe, quando eu tinha cerca de dois anos, foi sempre acompanhada, como factor de enorme resiliência, pela imagem dos seus olhos e da sua mão, ajudando-me a subir as escadas dum jardim musgoso e escuro da quinta da Senhora das Barrocas em Aveiro, onde então vivíamos ... É verdade que talvez por isso nunca me senti órfão.”

Com os cuidados do Pai e de uma senhora que já tinha sido a ama de sua mãe, o pequeno Jorge cresceu rodeado de afecto, o que também muito contribuiu para que, apesar de órfão de mãe desde a mais tenra idade, nunca a falta do carinho materno tivesse marcado negativamente a sua personalidade, quente e acolhedora, em que se exprimia uma ternura que era o traço mais saliente da sua afectividade. Bem significativo disto é um livro que publicou, precisamente intitulado “Ao encontro da ternura”, numa an-

tecipação do magistério do Papa Francisco que bem poderá vir a chamar-se o Papa da ternura, tal é o apreço que lhe tem.

Fez a instrução primária na Figueira da Foz e o ensino secundário em Coimbra (liceu D. João III). Também em Coimbra, seguiu o curso de medicina (1946-1952) e envolveu-se plenamente na vida estudantil, vindo a integrar a Direcção da Associação Académica e a desempenhar um papel de primeiro plano no Orfeon Académico, de que foi um solista, e no Grupo de Fados, onde a sua voz de tenor a todos encantava. Já licenciado, dedicou-se à pediatria e alcançou o respectivo título de especialista, área que cultivou com a maior dedicação e competência, tornando-se num dos mais distintos pediatras portugueses.

Foi Assistente de Pediatria na Faculdade de Medicina de Coimbra, coadjuvando o Dr. Santos Bessa, pediatra ilustre que muito marcou a sua formação profissional. Desde cedo ligado à obra de Bissaya Barreto, através da Casa da Mãe, extensão na Figueira da Foz do Instituto Maternal de Coimbra, veio a assumir em 1963, aquando da fundação da Maternidade Bissaya Barreto em Coimbra, o encargo dos respectivos cuidados neonatais que levaram em 1970 à criação do Centro de Prematuros. Em 1986, mudou-se a designação para a mais abrangente de Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido e em 1992 para Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. A excelência dos cuidados ministrados levou a uma notável queda da mortalidade perinatal.

Jorge Biscaia foi um precursor dos estudos da relação mãe-filho e em especial da relação materno-fetal, o que veio a traduzir-se na sua mais admirável contribuição profissional, fruto do seu humanismo e saber: a criação da Unidade de Intervenção Precoce da Relação Mãe-Filho, iniciativa pioneira a nível nacional.

Com efeito, Jorge Biscaia dirigiu todo o seu esforço à melhoria das situações de escassa vinculação dos pais relativamente aos nascituros, ministrando cuidados que eram prolongados até aos dois anos de vida. Estes cuidados beneficiaram não só as situações problemáticas de índole médica (toxicodependência, patologia mental, etc.), mas também as adolescentes e mulheres com problemas de ordem social (desestruturação familiar, constrangimentos financeiros, etc.). Para isso, constituiu uma equipa multidis-

ciplinar englobando especialistas médicos (obstetras, pediatras e psiquiatras), psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e educadores de infância. Conseguiu, assim, melhorar a saúde das crianças, nomeadamente o seu desenvolvimento psicomotor, e ao mesmo tempo reduzir a incidência de maus-tratos. Não admira, pois, que a qualidade do seu Serviço de Neonatologia o tivesse tornado num polo de atracção de toda a Região Centro do País.

Mas a elevação do seu modo de dirigir o Serviço é algo que não se recolhe na simples enumeração dos factos mais relevantes da sua “produção”. Para ilustrar o seu procedimento, cito o Sr. Dr. Jorge Pereira que ali trabalhou sob as suas ordens: “A sua maneira suave e simples de se relacionar com toda a gente fazia com que no Serviço que dirigia tudo estivesse sempre bem feito, a tempo e horas e reinasse um ambiente de estima e de entreatajuda entre todos”.

Além da sua actividade hospitalar, cedo começou a prestar cuidados pediátricos em regime privado, quer na Figueira da Foz, quer em Coimbra, com o mesmo sucesso e o mesmo sentido de servir que o acompanharam na primeira.

Por trás deste percurso profissional assim rapidamente resumido, estava a sua estrutura pessoal, alimentada numa fé que aprendeu na infância e que foi decisivamente impulsionada, tinha ele catorze anos, pelo seu encontro com Carlos Zamith, uns anos mais velho e aluno de medicina que veio a falecer ainda estudante, com comoção geral da juventude académica, tal era a força interior que emanava da sua personalidade. Pela mão deste amigo, Jorge Biscaia ingressou no Centro Académico de Democracia Cristã (CADC) e nunca mais a sua vida perdeu o sentido que o conduziu até ao fim. Ali recebeu a influência do Cônego Urbano Duarte que, como ele disse mais tarde, lhe começou “a abrir caminhos para uma religião que eu agora penso estar bem próxima do Vaticano II, muitos anos antes de ele ter existido”. Um dia, em que lhe coube ser ele a dar um conselho ao seu amigo Zamith, quanto à escolha entre dois encargos, perguntou-lhe: “Em que é que poderá ser mais útil?”. Esta sua resposta constituiu, para ele próprio, a “inquietação permanente” da sua vida e a explicação para os caminhos que nela percorreu.

É dessa época a sua entrada para a redacção da revista *Estudos*, órgão do CADC, através da qual teve acesso às excelentes revistas que aquela recebia, como a *Brotéria* e a *Esprit*. Também muito contribuíram para a sua formação, nesses anos juvenis, os livros que “devorava, desde Maritain a Mounier, de Bernanos ou a Virgil Giorgiu” e as conferências a que assistiu no CADC, desde Xavier Ayala a Daniel Rops. No CADC foi membro da Direcção e Presidente do Lactário dos estudantes de medicina.

Como sempre recordava, outro marco importante da sua vida foi o curso de férias do instituto Católico de Toulouse, no Verão de 1951, que o levou a contactar com grandes personalidades da cultura católica e a receber delas influências duradouras.

Desde muito novo militou na Associação dos Médicos Católicos Portugueses, na qual foi presidente da Direcção Diocesana de Coimbra e mais tarde presidente da Direcção Nacional, cargo que exerceu, com notável sucesso, em vários mandatos. Basta recordar “os grandes Congressos em Coimbra, sobre *Cérebro e Espírito* e *Da Vida à Morte*, e o Congresso Internacional de Fátima da FEAMC, em 1984, sobre *A medicina face aos novos poderes*”.

Muito ligado às preocupações sociais que presidiram às obras de Bisaya Barreto, Jorge Biscaia veio a integrar a direcção da Fundação que leva o nome daquele prestigiado homem público e foi também Presidente da Liga de Amigos da referida Fundação.

Foram tantos e tão importantes os contributos de Jorge Biscaia para a comunidade onde decorreu a sua longa vida que a Câmara de Coimbra, reconhecendo o seu excepcional currículo, lhe atribuiu em 2012 a Medalha de Ouro de Mérito da Solidariedade Social.

Podia caber ainda mais alguma coisa nesta vida tão cheia? Podia e coube! A sua obra mais notória, aquela que mais facilmente será recordada no futuro, foi a que desenvolveu no âmbito da Bioética, através da criação do Centro de Estudos de Bioética (CEB), da edição dos Cadernos de Bioética, da intervenção no Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida e no Conselho de Administração da Associação Europeia dos Centros de Ética Médica, da publicação de vários livros, etc.

A história do CEB inscreve-se no percurso de vida que temos vindo a aflorar. Através da Associação dos Médicos Católicos Portugueses, passou

a estar em contacto com os Congressos internacionais das Associações de Médicos Católicos, que já estavam orientados para temas de índole bioética. E foi em 1984, num destes Congressos, aliás realizado em Fátima, que se sentiu chamado à missão na esfera bioética quando ouviu um Prelado dizer que seria bom que médicos, filósofos, juristas, teólogos e outros especialistas se reunissem para discutir estes assuntos.

Por isso, no ano seguinte, ainda no âmbito da Associação dos Médicos Católicos Portugueses, de que ele era ao tempo presidente, promoveu em Coimbra o primeiro dos Congressos já referidos atrás, Cérebro e Espírito e, logo em 1986, o Congresso *Da Vida à Morte*, ambos de âmbito claramente multidisciplinar e do foro da bioética, um e outro publicados em livro. E foi também em 1986 que tomou a iniciativa de convidar especialistas de várias áreas das ciências, da filosofia e da teologia para sucessivos encontros informais, realizados em Coimbra. Ao fim de cerca de dois anos, com um total de oito reuniões desse grupo de reflexão em bioética, tornou-se claro que chegara o momento de dar um carácter diferente, institucional, a esta actividade. Com efeito, reconheceu-se que a riqueza das ideias ali apresentadas e debatidas não deveria ficar confinada àquele pequeno círculo: havia que trazê-las para a praça pública, alargando a audiência e chamando também ao debate novos elementos cuja participação se julgasse útil. Foi assim que, em 9 de Dezembro de 1988, se lavrou a escritura de constituição do Centro de Estudos de Bioética, sediado em Coimbra, mas de âmbito nacional. Recordo que foram 24 os seus fundadores: 14 médicos, 3 juristas, 2 filósofos e 5 sacerdotes especialistas em diversas áreas, desde a genética à filosofia.

Esta criação do Centro de Estudos de Bioética – a primeira instituição portuguesa dedicada à bioética – constituiu um enorme salto em frente. Aquilo que antes se passava só em Coimbra começou a ter repercussões dentro e fora do País, nomeadamente através da ligação à Associação Europeia dos Centros de Ética Médica, que o nosso Centro passou a integrar, e também com a vinda a Portugal de bioeticistas estrangeiros.

A nível nacional, iniciou-se a realização de Congressos de Bioética, o primeiro dos quais logo em 1989, em Coimbra, com o tema *Genética e Pessoa Humana* e, ainda no mesmo ano, a produção conjunta com ou-

tras instituições de cinco encontros e de um curso temático sobre bioética distribuídos por Lisboa, Porto e Coimbra. Daquele 1º Congresso resultou também a edição do primeiro número de uma publicação – *Temas de Bioética* – que mais tarde haveria de dar origem aos já célebres *Cadernos de Bioética* (Julho de 1990), os quais, desde há sete anos, ganharam a nova e feliz designação de *Revista Portuguesa de Bioética*.

O Centro de Estudos de Bioética conheceu um notável crescimento e expansão com a criação de nove polos ou centros regionais, distribuídos pelo continente e ilhas adjacentes, e tem hoje a sua sede no Porto. O Presidente da República, reconhecendo o mérito de Jorge Biscaia por ter mobilizado “destacadas personalidades portuguesas, em diversos domínios académicos, científicos e profissionais, para a criação da primeira instituição portuguesa dedicada à Bioética”, agraciou-o – bem como a Luis Archer, Daniel Serrão e Walter Osswald, que com Jorge Biscaia constituíram o que o Presidente chamou a “geração de ouro da bioética portuguesa” – com a Ordem Militar de Sant’Iago da Espada.

Da sua bibliografia, recorro os títulos “Perder para encontrar”, “Ao encontro da ternura”, “Quando a dor é um convite”, “A que País têm os Filhos direito” (este com Isabel Renaud e Michel Renaud), além de capítulos de livros e outros textos dispersos em várias publicações e dois importantes livros, “Bioética” e “Novos desafios à Bioética” de que foi o coordenador, naquele juntamente com Luís Archer e Walter Osswald e no último com os mesmos e com Michel Renaud.

Aspecto fundamental da sua vida foi a entrada nela de Maria Antonieta, em 1951, facto sobre o qual disse em 2008: “abriu uma luz nova na minha vida com o primeiro sim dos 57 anos em que a tenho namorado” e relevante para o caminho que percorreu com a sua Maria Antonieta foi a entrada, ainda o casal era muito jovem, para o Movimento das Equipas de Casais de Nossa Senhora, onde encontrou uma via de crescimento da espiritualidade conjugal que sempre o cativou.

A morte de Maria Antonieta, que sofreu com uma aceitação que a sua profunda fé explicava, constituiu todavia uma perda que apressou a sua. Como me escreveu o já citado Sr. Dr. Jorge Pereira, “deve ter sido um mo-

mento de alegria muito grande no Céu quando ele lá continuou de coração dado com a sua Antonieta, na presença do Pai”.

Agora que Jorge Biscaia nos deixou sabemo-nos mais pobres, mas certos de que o seu exemplo e a obra que realizou vão permanecer e frutificar.



CARTA DO PRESIDENTE

Aos Associados da AMCP:

Venho hoje transmitir o que de essencial tem caracterizado o trabalho da nova direcção desde que foi eleita em 8 de Março.

Nestes já mais de 3 meses de intensa actividade, destaco a reunião do conselho nacional da nossa Associação em 31 de Maio, que decorreu muitíssimo bem e contribuiu, seguramente, para melhorar o bom relacionamento já existente entre a direcção e os núcleos e destes entre si. De tudo o que se lá passou, selecciono os seguintes aspectos:

1 - O acto de Consagração à Santíssima Trindade realizado durante a Eucaristia por todos os médicos presentes com base no belíssimo texto preparado pelo nosso assistente e que poderão ler nesta edição da revista, a seguir a esta Carta.

2 - A aprovação da realização de exercícios espirituais inspirados em Cristo Médico e destinados exclusivamente a médicos. Serão em Soutelo, entre os dias 5 e 8 de dezembro próximo, sob a orientação do assistente nacional P. José Eduardo Lima SJ. Estes primeiros exercícios promovidos pela direcção nacional serão abertos apenas a dirigentes da Associação. Contamos que cada núcleo possa estar representado com um dos membros da respectiva direcção.

3 - A decisão de realizar anualmente uma Reunião Nacional de médicos católicos portugueses em moldes a comunicar e que desejamos se venha a tornar num momento marcante em cada ano de vida da nossa Associação.

4 - A aprovação de novas modalidades de quotização dos sócios cuja implementação está dependente da operacionalização da base de dados in-

formática dos sócios e permitirá a comunicação por via electrónica e o envio da revista em formato digital aos que optarem por essa via.

5 - A preparação do ano do centenário que celebraremos em 2015 foi tema importante da reunião. A direcção pretende que ele venha a ser um ano que marque a vida da Associação, devidamente comemorado por todos os sócios e seus núcleos, e que tenha repercussão na sociedade portuguesa. Estamos a trabalhar com as direcções dos núcleos na elaboração do programa das comemorações e dele daremos conta aos sócios logo que concluído.

Uma das linhas mestras da nossa acção tem sido o estabelecimento de contactos regulares com os núcleos existentes e a realização de diligências para a criação de novos núcleos. Neste particular, dou-vos hoje a boa notícia da aprovação pela direcção de dois novos núcleos: o de Portalegre-Castelo Branco, presidido pela Dr^a Isabel Jorge e o de Vila Real, presidido pela Dr^a Maria Goretti Rodrigues.

Outro dos objectivos que temos é a actualização da nossa presença na Internet. Para a sua concretização estamos a trabalhar na renovação do nosso site que esperamos ter concretizada em breve. Também planeamos ter, proximamente, uma página criada no facebook. Estas “mudanças” facilitarão a comunicação com os sócios e permitirão captar a atenção das novas gerações de médicos.

Para terminar, o nosso representante na FEAMC, Prof. Laureano dos Santos, trouxe de Bratislava, da reunião do respectivo Bureau, a notícia da aprovação, por unanimidade, da realização do seu próximo Congresso no Outono de 2016 na cidade do Porto.

Temos, portanto, à nossa frente dois anos plenos de actividades que serão uma oportunidade excepcional para a revitalização e crescimento da nossa Associação, e que pretendemos aproveitar ao máximo.

Que a Santíssima Trindade, a quem nos consagramos em Fátima, abençoe os nossos planos para que dêem abundantes frutos espirituais para todos os médicos portugueses!

Um as santas e boas férias para todos

Porto, 22 de Junho de 2014

Carlos Alberto da Rocha

CONSAGRAÇÃO À SANTÍSSIMA TRINDADE

Trindade Santíssima – Pai, Filho, Espírito Santo – presente e agindo na Igreja e na profundidade do meu ser:

Eu vos adoro, amo e agradeço e, pelas mãos da Virgem Maria, Mãe Santíssima, eu me ofereço, entrego e consagro inteiramente a Vós, nesta vida e para a Eternidade.

Pai Celeste a Vós me ofereço, entrego e consagro como filho(a), pois de vós tudo provém.

Jesus Mestre, a Vós me ofereço, entrego e consagro como irmão (ã) e discípulo (a), querendo imitar-vos e servir-vos como médico, buscando tratar, curar ou aliviar os sofrimentos corporais e psíquicos dos meus irmãos que me confias.

Espírito Santo, a Vós me ofereço, entrego e consagro como «templo vivo», para ser santificado, confiando que sois o dador da vida e da saúde que em mim e através de mim queres entregar aos meus irmãos.

Maria, Mãe da Igreja e minha Mãe, vós que estais na mais íntima união com a Santíssima Trindade, ensinai-me a viver em comunhão com as três divinas Pessoas, a fim de que a minha vida inteira, pelo meu serviço e vocação como médico, seja um hino de glória ao Pai, ao Filho e ao Espírito Santo. Amen.



TEMAS ACTUAIS

- **HOMOSSEXUAL... CATÓLICO**
- **LIBERDADE RELIGIOSA NO MUNDO**

HOMOSSEXUAL... CATÓLICO

Philippe Ariño

A diferença é subtil: os actos homossexuais são pecado, mas a inclinação homossexual é um facto que as pessoas que a sentem não devem sentir-se envergonhadas. Pelo contrário: se vivida na castidade e se o sofrimento que provoca é oferecido a Deus, a inclinação homossexual pode-se tornar um instrumento de santificação.

Convencido disso está Philippe Ariño, jovem escritor e blogueiro francês, cuja história tem causado polémica internacional. A partir de algumas conferências na Itália - incluindo uma na Feira do Livro e a seguir outra em Milão no Palazzo Isimbardi, intitulada Homofobia: vítimas e agressores - Ariño falou de si mesmo para ZENIT^{1}. Sem falsa modéstia.*

ZENIT: Philippe, em breve você vai ter 34 anos e é uma figura emblemática no panorama homossexual e católico em França. O seu blog *A aranha do deserto*, (*L'Araignée du Désert* – www.araigneedudeseert.fr), e especialmente o seu Dicionário dos símbolos homossexuais, (*Dictionnaire des Codes homosexuels*), fazem muito alvoroço nas redes sociais. Como é isso possível, na sua opinião?

Philippe: Não é fácil entender como as pessoas homossexuais podem ser amadas! Estou a falar a sério. Normalmente, a fragilidade humana sempre despertou a compaixão e ternura. Além disso, a homossexualidade é uma palavra que fascina e, ao mesmo tempo, assusta, porque está cercada de mistério, de sofrimento (intuído, mas pouco publicado), de ignorância, de silêncio (as pessoas que se aventuram a falar no tema têm medo de se-

^{1*} ROMA, 15 e 16 de Maio de 2014 (Zenit.org). Entrevista exclusiva com Philippe Ariño, escritor e blogueiro “contra-corrente”.

rem chamadas de “homossexuais” ou “homofóbicos”), de boas intenções (com o tempo ela tomou o nome de “amor” ou de “identidade” indiscutíveis, também a nível legislativo) e de uma grande violência simbólica. De facto, no espaço de um século e meio, escorregou-se dos Direitos do Homem aos “direitos dos heterossexuais e dos homossexuais», removendo dos seres humanos a sua humanidade sexuada e isso é objectivamente violento. Como é possível reduzir as pessoas aos seus fantasmas eróticos, em detrimento das suas identidades profundas de homem (ou de mulher) e de Filhos de Deus? Eu, muito antes de ser uma pessoa homossexual, sou um homem e um filho de Deus. Não me reduzo aos meus instintos. Não sou um animal e nem um obcecado pelo sexo! Sou um ser humano... habitado por um desejo homossexual mais ou menos permanente. Isto é tudo.

Tendo em conta que hoje a homossexualidade é banalizada e, ao mesmo tempo demonizada ou sacralizada – em outras palavras os nossos meios de comunicação e os nossos políticos a absolutizam ou a justificam para não a explicar – tornou-se o ópio dos povos, argumento de censura invocado por qualquer motivo ou causa política, mesmo a mais delirante! Actualmente a bipolaridade homossexualidade/heterossexualidade, ou melhor, uma humanidade definida pelos seus fantasmas eróticos, é a pedra no sapato do nosso planeta. Os nossos contemporâneos sentem-se perdidos *identitariamente* na sexualidade e no amor, dado que eles se distanciam das duas rochas que nos fundamentam e que nos ajudam a amar verdadeiramente: a diferença entre os sexos amantes e a diferença entre Criador e criatura. Os nossos contemporâneos também são perturbados pelo facto de que a violenta exclusão dessas duas diferenças fundamentais seja amplamente chamada de “amor”, “espécie humana”, “desejo homossexual normal”, “luta contra as discriminações”, etc., quando realmente é uma rejeição das diferenças. Há um paradoxo que muitos homens modernos não querem mais responder: de facto, como é possível argumentar, na mesma frase, que “temos de aceitar todas as diferenças” e também que “as diferenças não existem, porque somos todos iguais e temos os mesmos direitos?” Estamos diante de uma cacofonia interior e exterior!

ZENIT: Como é possível dizer que se é, ao mesmo tempo, católico praticante e um homossexual, sabendo que a Igreja condena firmemente os actos homossexuais?

Philippe: É muito simples! Em primeiro lugar, compreendo que a Igreja acolhe plenamente o pecador com o seu pecado, mas sem justificar este mesmo pecado ou os sinais que a pessoa traz dele consigo, sem eliminá-los magicamente. Além do mais, é possível, não praticando a própria homossexualidade, mas considerando-a, no entanto, como um desejo realmente existente que pode ser transformado e doado aos outros. Então, torna-se possível (re)descobrir a própria homossexualidade como um poderoso motor de santidade, quando no início era uma vergonha, um instinto do qual era necessário livrar-se. Desde que eu escolhi viver na continência (desde Janeiro de 2011 coloquei um ponto final na sedução, na pornografia e na masturbação), a vergonha me deixou, a língua se soltou, a minha alegria é maior, as minhas amizades são mais numerosas e mais sólidas, a minha homossexualidade torna-se um factor de humor e convívio, não vivo mais momentos de melancolia como antes. A continência, embora não deva ser colocada no mesmo nível do matrimónio entre homem e mulher ou do celibato consagrado, deve ser proposta com delicadeza (dependendo de cada situação), pode ser um “celibato da espera” maravilhoso, para cada pessoa que se sente permanentemente homossexual e que poderá dificilmente aspirar ao matrimónio ou ao sacerdócio. Na minha vida, a continência é já um passo muito grande em direcção ao dom completo da minha pessoa assim como é, com as minhas forças, mas também com as minhas debilidades. A continência em si não é suficiente para mim. Mas, já é uma libertação. Com a continência criou-se uma unidade entre a minha condição homossexual e o meu amor à Igreja. Posso doar-me inteiramente e também, como este desejo homossexual vive em mim 24 horas por dia, sem ter que carregar a culpa da prática homossexual. É realmente o ideal! Conheço somente as vantagens do desejo homossexual sem os inconvenientes. Uma ferida, em si, não é nem bonita e nem para ser aplaudida. Mas não esqueçamos que uma ferida doada se torna um coração aberto. Além do mais, as feridas, se oferecidas a Deus e aos outros, deixam passar mais luz! Seria tolice, portanto, negá-las e não utilizá-las!

ZENIT: Em breve irá à Itália, Espanha e Inglaterra para apresentar a tradução do seu livro *L'homosexualité en vérité* que foi um sucesso em França e que acabou de ser traduzido para italiano com o título *Omossexualità controcorrente* (Edição Effatá)

Philippe: Sim, no início de Abril fiz uma primeira viagem a Bolonha e volto a Itália para uma série de conferências em Turim, Milão e Roma, por ocasião do Dia Mundial contra a Homofobia (IDAHOT), dia 17 de Maio (para o programa completo dos eventos veja www.coraggiodellacastita.blogspot.it). No dia 19 de Maio, irei a Logroño, na Espanha, a convite do Bispo Mons. Omella-Omella; e em Junho me encontrarei com os Senteinelas de Londres.

ZENIT: Você acha que é possível curar-se da homossexualidade?

Philippe: Sim. Deus pode curar todas as nossas feridas, incluindo aquelas psico-sexuais. No entanto, não me fixo só em uma forma de cura da homossexualidade. Não nos esqueçamos que é Deus que escolhe as formas e não nós, não nós! Não nos esqueçamos nem mesmo que existem vários graus de profundidade da ferida homossexual, e que em certas pessoas a homossexualidade não é tão profundamente enraizada, enquanto que noutras ela é tão profunda (sem, contudo, ser fundamental) que procurando eliminar a erva daninha, é arriscado arrancar também a boa semente.

É importante acreditar nas curas espectaculares de Jesus (e conheço algumas pessoas que conseguiram superar os seus medos e as suas feridas homossexuais), sem mencionar as curas progressivas e menos espectaculares. Por exemplo, há pacientes com cancro que vão a Lourdes e que retornam com a mesma doença. Oraram mal ou fizeram mal os seus pedidos? Não. Eles curaram-se de outra forma. Por meio do sentido que a força de Jesus dá aos seus sofrimentos. Às vezes, Deus permite que o mal se enraíze para melhor manifestar a sua presença transcendente.

Algumas pessoas – especialmente entre os fundamentalistas religiosos cristãos e protestantes em particular – são fanáticas pelos “ex-gay” e pelas “terapias reparadoras” no que diz respeito à homossexualidade. Na prática, eles renegam totalmente as pessoas homossexuais, as suas liberdades, os seus caminhos e a sua realidade do desejo homossexual. Segundo eles, porque se trata de um problema “horrível”, que não deveria existir, e acaba por não existir realmente!

A este respeito, ouvi dizer, algumas conferências contra o género e o “matrimónio para todos”, são um claro incentivo para não enfrentar a questão da homossexualidade. É muito preocupante esta fuga em direcção a um

maniqueísmo espiritual ou um cientificismo frio. A Igreja chama-nos para realmente colocarmos a pessoa antes da Verdade, mesmo que a Verdade seja necessária para a consistência da Caridade.

Devemos encarar a homossexualidade antes de saber o que fazer com ela. Em relação a este desejo real, um certo número de católicos tem a tendência de concentrar-se na cura antes mesmo de observar do que é que se tem que curar, antes mesmo de considerar a pessoa homossexual e de ver que alguns de nós permanecerão homossexuais por toda a vida. Essas pessoas acabam defraudando-se e defraudando outros, porque se focam só na cura, o que ocasiona muitos danos. O pior é que são sinceros, desde o momento em que nos vitimizam, choram por nós, dramatizam a nossa situação e afinal culpam-nos ainda mais. Se ainda se sente o desejo homossexual depois de casados, depois de ter pedido incansavelmente a cura a Jesus, depois de uma psicoterapia ou uma ágape-terapia, é preciso desconfiar que será por causa da nossa “maldade”? Por uma tão grande falta de fé e de impermeabilidade ao dom da graça? Nunca devemos deixar de acreditar na cura de Jesus. Não devemos deixar de pedi-la, mas as formas desta cura não nos pertencem, mesmo que nós concorramos a ela, Jesus não no-la dará sem o nosso consentimento e sem a nossa liberdade.

Tento explicar – especialmente a certos espíritos tão piedosos que colocam a Verdade por acima da Caridade e da realidade – que não é porque eu os coloque em guarda contra a heterossexualidade (que é uma paródia da diferença entre os sexos, paródia que a Igreja, por outro lado, nunca defendeu), e nem mesmo porque eu trate com prudência o conceito de “cura da homossexualidade”, nem mesmo porque até fale abertamente sobre a homossexualidade, que, portanto, eu justifique a homossexualidade ou me reduza a ela ou ainda duvide da eficácia das “terapias reparadoras”, em alguns casos. Tudo o que quero é a doçura e o respeito pelas pessoas, na exigência da Verdade proposta por Jesus. Ele não nos acolhe “a partir do momento em que não formos mais homossexuais” ou “porque não seremos realmente homossexuais” nem “para mudar-nos”. Ele quer converter-nos. Não mudar-nos. E leva a sério o que nós sentimos. Ele trabalha com o que nós somos e, a partir daí, se adapta e diz: “Vamos ver o que podemos fazer”.

ZENIT: Finalmente, que conselhos daria aos países europeus que se preparam para receber o tsunami do “matrimónio para todos” e da ideologia do género?

Philippe: Aconselho que utilizem a mesma linguagem que os promotores dessas leis desumanas que desconstroem a identidade sexuada, o matrimónio e a família, ao invés de começar com o que já se sabe (que pode ser correto no papel ou na teoria, mas que não acrescentará nada ao raciocínio emotivo e sentimentalista da opinião pública e dos nossos governantes).

Por enquanto, e o caso da França em 2013 o provou mais uma vez, nós tivemos muito medo de falar sobre homossexualidade e homofobia. Escondemo-nos atrás da criança, da família, tanto que a lei do “matrimónio para todos” passou, dividindo-se hipocritamente em duas. Os nossos políticos tiveram a coragem de dizer que se o que nos criava problemas era somente a criança, eles teriam feito passar a lei de “abertura” do matrimónio “em nome do amor e da igualdade” e estariam prontos para discutir as consequências sobre a filiação posteriormente!

A questão, para os adversários do género e do “matrimónio gay”, consiste em ajudar as pessoas homossexuais a falarem publicamente e assim demonstrarem que a sua homossexualidade é instrumentalizada para fazer passar uma lei que, concretamente, dá, no mínimo, três pais para uma criança, e que é uma grande mudança de civilização: é a condição da alteridade dos sexos no casamento que é reprimida!

Durante os debates sobre o “matrimónio para todos” será preciso, acima de tudo, defender a diferença dos sexos amantes (não a diferença dos sexos em si) e denunciar a heterossexualidade, que é a principal base ideológica sobre a qual descansa o género, o “casamento para todos” e todas as ideologias pró-gay (além da crença na “homofobia”). Só desmistificando a homossexualidade se mostra a grandeza dos casais homem-mulher amantes e se destrói a idealização/banalização social da homossexualidade!

LIBERDADE RELIGIOSA NO MUNDO

Por John Flynn, LC

No dia 1º de Maio deste ano, a Comissão sobre a Liberdade Religiosa Internacional dos Estados Unidos (USCIFR) publicou o seu relatório anual de 2014 (o 15º), que revela factos alarmantes. O relatório documentou violações em 232 países e estabeleceu uma série de recomendações.

Trata-se do décimo quinto relatório anual da instituição da Comissão e, para marcar o aniversário, o relatório também examinou os arquivos da política do governo dos Estados Unidos sobre o tema da liberdade religiosa.

“Com os abusos contra a liberdade religiosa que ocorrem diariamente em todo o mundo contra as pessoas de todos os credos e contra aqueles que não têm fé, os Estados Unidos, em palavras e gestos, terão que se posicionar de forma solidária com os perseguidos”, disse o presidente do USCIFR, Robert P. George.

O relatório indica os piores violadores como *Countries of Particular Concern* (CPC), ou seja, países de especial preocupação. A Comissão recomenda que o Secretário de Estado mantenha na “lista negra” os países já existentes que são Birmânia, China, Eritreia, Coreia do Norte, Arábia Saudita, Sudão e Uzbequistão.

O relatório, além do mais, solicita que o Governo inclua no CPC também o Egito, Iraque, Nigéria, Paquistão, Síria, Tadjiquistão, Turcomenistão e Vietnam.

Há também um segundo grupo de países, que não fazem parte dos padrões dos CPC, mas, onde, no entanto, se encontram graves violações da liberdade religiosa. Estes últimos são chamados de *Tier 2*, onde os CPC também são chamados de *Tier 1*. Entre estes últimos estão Afeganistão, Cuba, Índia, Indonésia, Cazaquistão, Laos, Malásia, Rússia e Turquia.

Entre os muitos detalhes sobre cada um dos países mencionados acima, alguns apresentam implicações especialmente graves. Na China, por exemplo, o relatório destaca que são “violações particularmente graves da liberdade religiosa”.

As relações entre Pequim e o Vaticano continuam problemáticas, observa o relatório, com dezenas de membros do clero presos, incluindo três bispos.

Há muitas notícias sobre o Egito, com relação às violações dos direitos e, se por um lado o relatório reconhece os progressos obtidos com a nova Constituição, por outro alerta sobre o facto de não estar a ser correctamente implementada. Além do mais, permanecem em vigor várias leis discriminatórias.

No que diz respeito ao Irão, o relatório observa que o governo “continua a exercer sistemáticas, contínuas e flagrantes violações à liberdade religiosa, entre as quais prolongadas prisões, torturas e execuções baseadas principalmente na religião do acusado”.

De acordo com o USCIFR, desde 2010 as autoridades detiveram e prenderam arbitrariamente cerca de 400 cristãos.

Segundo informa o relatório, no Iraque, em 2013, cresceu o nível de violência motivada por religião: isso acontece particularmente nas regiões setentrionais do país que no passado recente eram relativamente seguras para as minorias.

A Nigéria é outro país com sérios problemas de violência com motivação religiosa e o relatório, diz que o governo, apesar de não exercer perseguições religiosas, acaba por “tolerar graves violações pela sua falha de entregar à justiça os responsáveis de sistemáticas, contínuas e explícitas violações, e também evitando prevenir ou conter a violência”.

O Paquistão, diz o relatório, representa a pior situação mundial em matéria de liberdade religiosa, no contexto dos países não designados como CPC.

No último ano as condições chegaram a um nível crítico jamais registado, e de acordo com o que diz o relatório, “as leis que reprimem a blasfémia e as leis anti-Ahmadi são amplamente utilizadas para violar as liberdades religiosas e fomentar um clima de impunidade».

As leis contra a blasfêmia não precisam nem mesmo de prova de dolo ou evidências que devam ser apresentadas junto com as acusações feitas.

Uma novidade no 15º aniversário do relatório é a monitorização de como o governo agiu com as políticas internacionais em defesa da liberdade religiosa. O USCIFR expôs uma série de sugestões ao governo para melhorar o seu desempenho.

Em primeiro lugar solicita intervenções de alto nível do Presidente, do Secretário de Estado e dos membros do Congresso. Além do mais, o relatório argumenta em favor de uma acção de mais alto grau que deve ser tomada contra os CPC e de mais recursos para se dedicar à promoção do tema da religião da forma que se merece.

O relatório invoca também uma intervenção do Congresso, no caso de os funcionários do Governo não ajirem em favor da liberdade religiosa. Isso reflete a insatisfação expressa no relatório sobre a desvalorização da posição do embaixador para a Liberdade Religiosa Internacional, e sobre a redução do número de funcionários do Departamento Internacional para a Liberdade Religiosa.

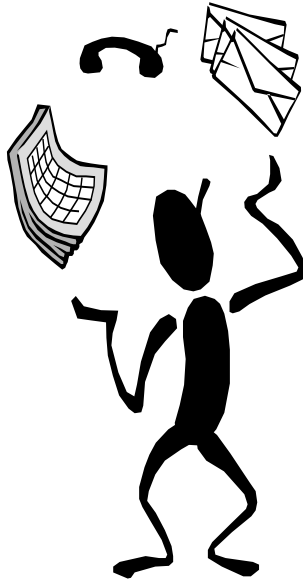
Outra questão controversa mencionada pela USCIFR é a relutância do governo em adoptar as recomendações no que respeita à CPC. Ao mesmo tempo, mesmo quando os países são rotulados como tais, não se faz muito contra eles. De facto, agora mesmo, explica o relatório, não existem acções punitivas contra nenhum CPC.

Devemos reconhecer, diz o relatório, “que as preocupações pela liberdade religiosa são frequentemente ignoradas ou subestimadas na política externa dos EUA”.

A liberdade religiosa deveria ser parte integrante da política externa norte-americana, solicita o relatório. Há também a necessidade de repensar as medidas que podem ser implementadas a fim de pressionar os países para que cessem as violações da liberdade.

Aqueles que estão interessados em defender a liberdade religiosa só podem esperar que as muitas recomendações feitas no relatório recebam uma real atenção.

(enviado de ROMA em 06 de Maio de 2014, por Zenit.org)



NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS

1 - A CIDADANIA EUROPEIA DESPREZADA

A Comissão Europeia, no último dia do seu mandato, rejeitou a petição «*Um de nós*». Amargura entre os organizadores, que falam de um “grave défice da democracia e de burocratas sem alma.

A NOTÍCIA:

ROMA, 28 de Maio de 2014 (Zenit.org) - O último golpe da Comissão Europeia, nas vésperas das eleições e no dia em que terminava o seu mandato, deixa naqueles que apoiam a dignidade do embrião humano um amargo sabor de boca. A petição *Um de Nós*, apesar das suas 1.901.947 assinaturas recolhidas nos 28 países da UE, não será apresentada como proposta legislativa ao Parlamento Europeu.

A Comissão justificou a sua escolha, explicando que “os Estados-Membros e o Parlamento Europeu discutiram e decidiram a política da UE nesta área só recentemente” e, portanto, considera desnecessário propor a Estrasburgo os conteúdos de *Um de Nós*. E a política seguida – deve dizer-se – tem estado a caminhar, cada vez mais, em sentido oposto àquele que era pedido na petição; trata-se, de facto, de financiamento com dinheiro público europeu da pesquisa científica com embriões humanos e de projectos de cooperações internacionais que implicam a difusão do aborto e a produção de fármacos abortivos.

Isto significa que a opinião de quase dois milhões de cidadãos europeus foi considerada irrelevante, indigna de ser submetida ao Parlamento Europeu, a única instituição eleita pelo povo. De nada valeu uma mobilização que permitiu reunir um número recorde de adesões, bem acima do que foi conseguido por qualquer outra petição. O instrumento de democracia

directa ratificado no Tratado de Lisboa, evidentemente, não goza de ampla consideração da Comissão que está de saída.

O COMENTÁRIO

Por Pedro Vaz Patta

Muitas vezes se ouviram a lamentar a escassa participação nas eleições para o Parlamento Europeu. Nem metade dos cidadãos portugueses, e dos europeus em geral, se dispôs a votar. O fenómeno vem-se repetindo nas sucessivas eleições. O divórcio entre os cidadãos e as instituições da União Europeia persiste. Apesar do significativo reforço dos poderes do Parlamento europeu, continuam as acusações de falta de democraticidade. O euroceticismo cresce.

Precisamente neste contexto, logo a seguir à eleições, a Comissão Europeia tomou uma decisão que não poderia ser mais contrária aos objetivos que parecem ser os de quem exprime estas preocupações.

O Tratado de Lisboa consagrou a faculdade de apresentação, pelos cidadãos europeus, de iniciativas legislativas que reúnam um número mínimo de assinaturas num número mínimo de países. A iniciativa europeia de cidadão *One of us* (“Um de nós”) recolheu assinaturas de mais de um milhão e setecentos mil europeus e em dezassete países foi ultrapassado o número mínimo exigido. Portugal foi dos países com uma adesão proporcionalmente maior. Nunca uma destas iniciativas mobilizou tantas pessoas em países tão diversificados. Essas pessoas quiseram usar um instrumento de democracia participativa (não se limitaram ao voto) e manifestaram a sua confiança nas instituições da União Europeia.

Pretendia essa iniciativa garantir que as atividades apoiadas pela União Europeia (no âmbito da investigação científica e da cooperação para o desenvolvimento) respeitassem a vida humana desde a sua fase mais vulnerável, a de embrião (tratado com “um de nós” – daí o seu nome).

Esperava-se que a necessária intervenção da Comissão se traduzisse apenas na verificação da regularidade formal do processo, e remetesse a

decisão da questão de fundo para o Parlamento, órgão com outra legitimidade democrática, eleito e que delibera depois de um processo de discussão pública e plural.

Não foi assim. A Comissão rejeitou liminarmente a iniciativa, por entender que o embrião humano não é merecedor de proteção, invocando a utilidade da investigação científica sobre células estaminais embrionárias (utilidade ainda não comprovada, ao contrário do que se verifica com a investigação em células estaminais adultas).

A decisão foi tomada no último dia do mandato da Comissão, já depois das eleições que hão de conduzir à nomeação de outros comissários pelo novo Parlamento. De um ponto de vista da legitimidade democrática, é, também por este motivo, censurável. E só pode dar razão a quem fala em déficit democrático da União Europeia.

Os proponentes da iniciativa, que mostraram acreditar na importância da participação dos cidadãos na construção da unidade europeia e que confiaram nas instituições da União Europeia (num contexto de indiferença e ceticismo, que muitos dizem lamentar) sentem-se, assim, desiludidos e desprezados. Com decisão como esta, é natural que cresça essa indiferença e esse cepticismo.

Pedro Vaz Patto

2 - EUTANÁSIA INVOLUNTÁRIA

Na sequência da legalização da prática da eutanásia em crianças, a Bélgica dá um novo passo neste plano inclinado para o abismo – a prática da eutanásia “involuntária”. Médicos da Associação Belga de Cuidados Intensivos divulgaram um documento oficial em que é reconhecido o direito de um médico executar a eutanásia sem consequências judiciais, em doentes que não a pediram mas têm pouco tempo de vida, mesmo que não sofram, sejam idosos ou não (blog de Mario Adinolfi, 13 de Maio). Abreviar o processo de morte administrando sedativos para além do que é

necessário para o alívio do paciente”, lê-se na nota da associação médica, “pode ser não apenas aceitável, mas em muitos casos desejável”.

Trata-se de mais uma prova das consequências possíveis e prováveis, quando se coloca a vida humana no plano inclinado que começa no direito à morte e acaba no “dever de morrer”. Os princípios-guia holandeses estabelecidos em 1984 para o suicídio assistido – vontade do doente expressa de modo claro e repetido, doente informado e voluntariamente livre, sofrimento intolerável sem esperança de alívio, concordância de pelo menos dois médicos, e comunicação às autoridades sobre uma morte que ocorre – foram deixadas todas de lado (Italia oggi, 19 de Abril).

“Da primeira limitada e cautelosa legalização, na Holanda, passou-se à permissão da eutanásia dos recém-nascidos com deficiência, a eutanásia de crianças, e depois à chocante notícia da Bélgica: o kit *‘faça você mesmo’* adquirido em farmácia desde 2005, o estojo para o suicídio assistido no domicílio, a recomendação médica de fixar a eutanásia aos tratamentos, a eutanásia para crianças terminais de todas as idades, a clínica de eutanásia para as depressões”, e agora a eutanásia involuntária.

Uma pesquisa publicada recentemente no «*Journal of Medical Ethics*» sobre a decisão de colocar fim à própria vida conduzida pelos médicos belgas em 2007, mostrou que em quase 80% dos casos de eutanásia não existia nenhum pedido explícito da parte do paciente (*Novae Terrae*, 3 de Fevereiro).

Entre os signatários da declaração dos médicos belgas, intitulada *Piece of mind: end of life in the intensive care unit statement*, está Jean-Louis Vincent, chefe do departamento de terapia intensiva no hospital Erasme, e ex-presidente da Sociedade belga de terapia intensiva, que tinha defendido um outro passo legislativo para “condenar a obstinação terapêutica” e “autorizar a prática da eutanásia não solicitada”.

(Tempi, 17 de Abril).

3 - IGREJA, ONU E ABUSOS SEXUAIS

Em Janeiro passado, com o relatório da Convenção dos direitos das crianças, a Igreja era atacada, exigindo mesmo uma mudança de doutrina relativamente à sua posição sobre o aborto e questões dos chamados “direitos sexuais e reprodutivos”. Agora, o relatório da Comissão da ONU relacionada com a tortura reconhece os avanços da Santa Sé no combate aos abusos sexuais, avanços que não têm paralelo em nenhuma organização, incluindo os que dependem da própria ONU. Disso nos dá notícia a agência Zenit, pela pena de *Rocio Lancho García*.

CIDADE DO VATICANO, 23 de Maio de 2014 (Zenit.org) - O comité da Convenção contra a Tortura (CAT), da ONU, publicou um relatório com as suas observações finais sobre o Informe Inicial da Santa Sé apresentado em 5 e 6 de maio pela delegação vaticana. É um procedimento ordinário seguido por todos os 155 países signatários da convenção. O Estado da Cidade do Vaticano aderiu a ela em 2002.

A Convenção contra a Tortura condena os tratamentos cruéis, humilhantes e desumanos e considera que os abusos sexuais fazem parte desses tratamentos. A delegação da Santa Sé apontou os esforços que tem realizado para evitar os abusos e informou que afastou 848 sacerdotes do ministério, puniu 2.572 clérigos que cometeram abusos e está investigando 3.420 casos denunciados à Congregação para a Doutrina da Fé.

O comité da ONU reconheceu os esforços e a boa vontade da Santa Sé em prevenir os abusos sexuais e em facilitar a atenção às vítimas, além de reconhecer que a Santa Sé está fazendo reformas sérias e substanciais para permitir o desenvolvimento dos princípios e objectivos da CAT. Muitas dioceses e ordens religiosas fizeram acordos financeiros para indemnizar as vítimas de abusos sexuais, valoriza a comissão.

As conclusões admitiram que os esforços da Igreja para proteger os bebés ainda não nascidos não constituem formas de tortura psicológica contra as mulheres; portanto, reconhecem o direito humano fundamental à liberdade de crença e de opinião, bem como à protecção e à promoção da vida humana.

Dom Silvano Maria Tomasi, observador permanente do Vaticano junto da ONU em Genebra, destacou alguns aspectos do relatório em entrevista à Rádio Vaticano. As observações conclusivas, diz o prelado, indicam o grande trabalho de prevenção feito pela Igreja contra os abusos sexuais. “O comité da ONU apreciou o diálogo construtivo que a delegação vem mantendo com os especialistas desta comissão, bem como as palavras e actos do papa Francisco em defesa dos direitos humanos”.

Tomasi observa ainda que este relatório da ONU “é mais profissional e mais jurídico que o relatório de Janeiro passado, sobre a Convenção dos Direitos das Crianças”, que acusava a Igreja de “tortura psicológica contra as mulheres” por defender a vida dos nascituros e condenar, portanto, o aborto.

O observador vaticano afirma que há um reconhecimento de “que não se trata só de bons desejos, mas de decisões firmes já tomadas. A comissão notou isso”. É o caso, por exemplo, das punições aos sacerdotes que cometeram abusos.

Tomasi afirma que ainda “há críticas que se referem a procedimentos do passado, além de pedidos de informações que a Santa Sé levará em consideração e responderá até ao próximo encontro”.

“A comissão pede total independência para os responsáveis por investigar as acusações de pedofilia: é uma observação que certamente será levada em séria consideração”.

O prelado afirma também que o caminho de compromisso cada vez maior contra os abusos “será reforçado ainda mais. Há uma nova cultura dentro da Igreja, não só por parte das autoridades, mas no sentimento comum dos católicos, de fazer todo o possível para responder ao dano cometido e evitar que ele se repita. Queremos deixar para trás este capítulo triste, que é o comportamento de algumas pessoas unidas à Igreja, e renovar o serviço pastoral e a evangelização para que haja uma fidelidade mais clara à mensagem do Evangelho”.

4 - ONU: AS NOVAS METAS DE DESENVOLVIMENTO

NOVA IORQUE, EUA, 16 de Maio^{1*} – Navi Pillay, a autoridade de mais elevada patente nos direitos humanos da ONU, baixou os olhos e agia nervosamente enquanto o papa transmitia uma mensagem pró-vida inequívoca ao secretário-geral Ban Ki-moon e às mais elevadas autoridades da ONU.

«As crianças em gestação são *nossos irmãos e irmãs*» disse o Papa Francisco a Pillay e a seus colegas reunidos em Roma para uma reunião de coordenação. O escritório de Pillay facilita o trabalho dos comités da ONU que recentemente disseram ao Vaticano que mudasse o ensino católico sobre o aborto.

“Hoje, em termos concretos, uma consciência da dignidade de cada um dos nossos irmãos e irmãs cuja vida é sagrada e inviolável desde a concepção até a morte natural, deve nos levar a repartir, com liberdade completa, os bens que a providência de Deus tem colocado em nossas mãos,” exortou o Papa.

A mensagem chega num momento crucial, em que a ONU está a debater um novo plano de desenvolvimento para substituir as Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDMs) em 2015 e contribuir para a erradicação da pobreza, melhorias na saúde e desenvolvimento económico. A Assembleia Geral da ONU está a desenvolver consultas para obter consenso num plano conhecido como Metas de Desenvolvimento Sustentável.

O Papa aplaudiu os esforços da ONU até o momento, mas avisou que muitos ainda estão excluídos dos benefícios do progresso social e económico, entre eles as crianças em gestação.

Denunciou a injustiça da “cultura da morte” e a “cultura indiferente” da nossa época. O aborto é parte dessa cultura, de acordo com o pontífice, juntamente com uma “economia de exclusão.” Por isso, exortou as autoridades da ONU a desafiar essas injustiças com uma “mobilização ética mundial.”

^{1*} C-FAM – “Friday Fax”.

Só é possível alcançar um progresso imparcial por meio de uma “solidariedade acompanhada de um espírito generoso e desinteressado de gratuidade em todos os níveis,” disse-lhes ele.

O Papa Francisco também pediu que as autoridades “forneçam protecção apropriada para a família» como um «elemento essencial no desenvolvimento humano e social sustentável.»

A intercessão do Papa em favor das crianças em gestação e da família faz lembrar as intervenções de João Paulo II antes da ambiciosa conferência da ONU sobre população e desenvolvimento em 1994 onde os esforços do governo de Clinton e de autoridades da ONU para que o aborto fosse reconhecido como um direito humano foram frustrados pelo predecessor de Francisco.

As negociações para a agenda de desenvolvimento pós-2015 são o campo de batalha em que um conflito semelhante se está a desenrolar.

A mensagem do Papa Francisco tem como objectivo impedir a ONU de endossar o aborto, ainda que indirectamente, sob o pretexto de fornecer saúde materna ou saúde sexual e reprodutiva.

Países doadores que apoiam o aborto e autoridades da ONU que lhes prestam contas incluem o aborto como um componente indispensável da saúde materna e da saúde sexual e reprodutiva. Grupos que fornecem e promovem o aborto exploram as ambiguidades com relação ao aborto nas políticas da ONU a fim de obterem financiamentos.

As Metas de Desenvolvimento do Milénio canalizaram eficazmente recursos para lidar com problemas específicos. Mas muitas dificuldades e incertezas permanecem para a formação de um novo conjunto de metas.

A agenda “inchou” para mais de uma dezena de metas, alvos e indicadores definidos em termos gerais. Até o momento, não existe acordo sobre detalhes.

Os críticos preocupam-se que a agenda de desenvolvimento pós-2015 irá desviar o seu foco de ajudar os pobres a lidar com a pobreza e doenças, preferindo apontar para metas universais inatingíveis num vasto espectro de questões ambientais e sociais muito estimadas para os países ricos.

(Dr. Stefano Gennarini, in «FridayFax» – 16 May 2014)

5 - CONSELHO NACIONAL DE 31/5/2014

Em 31/5/2014 reuniu-se em Fátima, na Casa de N. S. Das Dores o conselho nacional da AMCP, com a presença de 7 membros da direcção nacional (6 médicos e o assistente religioso), de 2 membros do núcleo do Algarve, 3 do de Lisboa, 1 de Coimbra, 1 de Viseu, 1 do Porto, 2 do pro-núcleo de Castelo Branco, do director da Acção Médica e do nosso representante na FEAMC, num total de 19 pessoas.

O momento mais alto da reunião coincidiu com a celebração da Eucaristia, animada musicalmente por 3 membros da direcção e em que nos consagramos à Santíssima Trindade a partir de um belíssimo texto preparado pelo nosso assistente.

Na reunião foram tomadas algumas decisões das quais se destacam as seguintes:

1 – Aprovada a realização de exercícios espirituais destinados exclusivamente a médicos sob a luz de Cristo Médico. Os primeiros serão em Sou-telo entre os dias 5 e 8/12 de 2014 sob a orientação do assistente nacional P. José Eduardo Lima S.J., com um nº máximo de 15 médicos.

2 – Aprovada a realização todos os anos de uma reunião nacional de médicos católicos que se procurará tenha elevado nível.

3 – Aprovada uma proposta da direcção em relação a novas modalidades de quotizações para os sócios que passarão a ser as seguintes: a) Sócios que preferirem receber a revista em papel - 37,5 euros ; b) Sócios que optarem por aceder à revista e receber toda a informação da Associação em formato digital - 25euros; c) Sócios cônjugues - 17,5euros, sem direito a receber a revista; d) Sócios estudantes de Medicina – isentos do pagamento de quota.

A implementação destas propostas dependerá de ser concretizada em termos informáticos uma base de dados referente aos sócios.

4 – Recomendou-se que fosse retomada este ano a comparticipação por parte da direcção nacional das despesas dos núcleos, de acordo com o que está estipulado. Neste ponto, recomendou-se, ainda, a implementação de uma boa articulação entre o tesoureiro da direcção e os tesoueiros dos núcleos.

5 – Quanto à celebração do centenário em 2015 a direcção apresentou várias propostas a concretizar e de que se destacam as seguintes:

- Celebração religiosa de Acção de Graças no início do ano no Porto
- Reunião Nacional na Primavera se possível em Coimbra
- Cerimónia comemorativa em Lisboa no Outono
- Realização de exercícios espirituais à luz de Cristo Médico no Norte, Centro e Sul do País.
- Concertos de Natal no final de 2016 nas várias dioceses.
- Reuniões centenário em todos os núcleos segundo, pelo menos, 2 modelos, conforme folha distribuída na reunião.
- Lançamento da Newsletter centenário
- Lançamento da História da AMCP
- Lançamento de medalha comemorativa.
- Aproveitamento do centenário para o lançamento de uma campanha dos 1000 sócios.

Porto, 7 de Junho de 2014

Carlos Alberto da Rocha

«ACÇÃO MÉDICA» HÁ 50 ANOS

É de agradável leitura o artigo que abre o nº 4 do 28º ano (1964) da nossa Revista, da autoria do distinto médico estomatologista José de Paiva Boléo. Ocupa-se das referências, na poética camoneana, à boca e dentes, em saúde e na doença. Revela uma porfiada leitura da obra épica e lírica de Camões e oferece fino recorte literário. Assim se confirma, uma vez mais, o popular dito de que as Musas não fazem mal aos Doutores...

Dada a extensão do artigo em causa (42 páginas) não há outros contributos originais. Tal facto dá-nos espaço para nos ocuparmos de secções complementares, geralmente consideradas de menor relevância, já pelo facto de serem “secundárias”, já por se referirem à actualidade... de então, o que lhes retiraria interesse. Nem sempre será assim: vejamos o “Panorama das ideias”, neste número da responsabilidade de M. J. Halpern. O futuro professor universitário escolheu como temas: os anticoncepcionais e o abortamento, a verdade ao doente e a socialização da Medicina. Neste último aspecto, remete o leitor para um número especial dos Cahiers Laennec, revista dos médicos católicos franceses.

Quanto à verdade, nega-se a aceitar que seja ético mentir ao doente sobre o seu estado de saúde e insiste no direito que ele tem de ser informado “com suavidade”, mas com verdade, sobre o seu estado de saúde, até para se preparar material e espiritualmente para um desfecho fatal. Esta atitude, hoje largamente maioritária, não o era há cinquenta anos; por isso registamos o pioneirismo desta posição.

Finalmente, um artigo de S. de Lestapis serve de base aos comentários de Halpern sobre contracepção e aborto. Para isso recorre aos dados estatísticos oficiais do Japão, que legalizou o aborto em 1950. Segundo esses dados, o número de abortos legais aumentou gradualmente, de 1950 a 1954, de meio milhão para um milhão e cem mil, mantendo-se estável até 1957. Os nascimentos baixaram, nesse espaço de tempo, de 2 milhões e trezentos mil para 1 milhão e trezentos mil, o que significa que os abortamentos subiram, em quota dos nascimentos, de 2% para 7%. O Autor conclui que a contracepção não resultou em redução do número de abortos e

que estes, ao serem legalizados, se tornam num (falso) meio contraceptivo, com aumento da proporção de abortos em relação aos nascimentos.

É muito interessante esta leitura, a 50 anos de distância: em Portugal, temos uma atterradora taxa de 20% de abortamentos legais, em relação aos nascimentos; os defensores da legalização afirmavam que esta conduziria à redução da importância quantitativa dos abortamentos. Vê-se.

Walter Osswald

ACÇÃO MÉDICA

ANO LXXVIII, N.º 2, Junho 2014

RESUMOS

- ABERTURA: Um Guia para a Vida** – J. Boléo-Tomé
Neste trajecto da Vida que vamos percorrendo temos um Pai que nos acompanha sempre, mesmo quando O recusamos ou nos esquecemos da Sua presença. Está sempre ao nosso lado, aconselhando e convidando para seguirmos o caminho certo. Cabe-nos ouvi-Lo.
- Limites e desafios éticos dos «indicadores»** – José Augusto Simões
São analisadas as consequências da aplicação nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) de indicadores de desempenho para efeitos de contratualização. É apontado o facto de alguns indicadores terem utilidade duvidosa, privilegiando, por exemplo, a avaliação numérica e não a qualitativa.
- Nutrição e hidratação artificiais em situações decorrentes de demência** - Ana Neves, Carla Sousa, José Augusto Simões
Tendo por objectivo recolher pontos de vista éticos sobre a suspensão da nutrição e hidratação artificiais em fases avançadas de demência, foi realizada uma revisão da literatura sobre Estado Vegetativo Persistente (EVP) e comparado com esse tipo de situações clinicamente avançadas. Verificou-se que esta problemática não se encontra devidamente estudada, ao contrário do EVP. O facto de cada vez mais pessoas padecer de demência torna necessário investir no estudo destas situações.
- A arte de cuidar. A intervenção dos cristãos nos domínios dos cuidados de saúde** - Alexandre Laureano Santos
O texto refere-se à posição da Igreja sobre os cuidados de saúde sob a luz da doutrina expressa no Concílio Vaticano II. Mencionam-se algumas das circunstâncias actuais da prestação de cuidados no nosso sistema de saúde e citam-se algumas referências doutrinárias da intervenção dos cristãos na vida pública.
- Vida, Morte e dignidade: o suicídio assistido** – Pedro Vaz Patto
A prática de auxílio ao suicídio que tem vindo a ser promovida, começa por pôr em questão um princípio essencial – o da inviolabilidade e indisponibilidade da Vida de qualquer ser humano. Trata-se de um bem que é o pressuposto de todos os outros bens, incluindo a liberdade. Quando se viola este princípio abre-se a porta, não apenas ao suicídio assistido, já de si ilegítimo, mas também ao próprio homicídio. É bom lembrar também que não existe a tal “vontade livre e consciente”; numa análise mesmo superficial, revela-se inconstante e mesmo inconsequente.

Jorge Biscaia – uma vida exemplar – Henrique Vilaça Ramos

O Prof. Henrique Vilaça Ramos traça neste texto os elementos biográficos fundamentais da vida brilhante e fecunda sendo simultaneamente discreta e humilde, do Dr. Jorge Biscaia, antigo Presidente da Associação dos Médicos Católicos Portugueses e o pilar fundador do Centro de Estudos de Bioética. Depois de Jorge Biscaia ter partido para o Pai sabemos aqui mais pobres, mas certos de que o seu exemplo e a obra que realizou vão permanecer e frutificar.

Carta do Presidente – Carlos Alberto da Rocha

O Presidente mantém o contacto directo com os associados referindo-se às múltiplas áreas em que se têm desdobrado as actividades da Associação dos Médicos Católicos Portugueses desde a tomada de posse da nova Direcção, sediada na Diocese do Porto. Sobressaem a consagração à Santíssima Trindade das suas actividades, cujo texto se publica a seguir, a organização das celebrações dos cem anos da AMCP no próximo ano e a organização do Congresso da Federação Europeia dos Médicos Católicos no Porto em 2016.

TEMAS ACTUAIS**Homossexual... católico** – Phillipe Ariño

A Agência Zenit publica uma entrevista com um intelectual católico homossexual que tem vários livros publicados sobre o tema da homossexualidade e mantém um *blogue* na *internet*. Durante a entrevista ele explica que escolheu viver na continência desde há vários anos e que esta atitude o aproximou da Igreja e de todos com quem convive na vida comum. A prática da continência foi um passo muito importante em direcção à sua libertação pessoal.

Liberdade religiosa no mundo – John Flynn, LC

Neste texto comenta-se um relatório anual sobre violações da liberdade religiosa no mundo publicado por uma comissão oficial dos Estados Unidos (Comissão sobre a Liberdade Religiosa Internacional dos Estados Unidos - USCIFR) O relatório documentou abusos contra a liberdade religiosa que ocorrem em todo o mundo contra pessoas de todos os credos e contra aqueles que não têm uma fé religiosa em 232 países e estabeleceu um conjunto de recomendações.

NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS

1. **A cidadania europeia desprezada** (não foi tida em conta a petição *One of us*, com mais de um milhão de assinaturas)
2. **Eutanásia involuntária** (a Bélgica prepara mais um passo para o homicídio)

3. **Igreja, ONU e abusos sexuais** (novo relatório reconhece os esforços da Igreja, em face da quase ausência noutras organizações)
4. **ONU: as novas metas de desenvolvimento** (as novas metas e as crianças em gestação)
5. **Conselho Nacional da AMCP**
6. «Acção Médica» há 50 anos

RESUMOS

NOVOS ASSOCIADOS

Foram admitidos como novos associados:

- Dr. António Pedro Rodrigues Sousa Silva | Quarteira
- Dr. Paulo Alexandre de Figueiredo Batista | Viseu
- Dra. Maria do Rosário Soares Correia Almeida Lopes Gorjal de Carvalho | Porto
- Paula Cristina da Silva Nogueiro | Porto
- Dr. Pedro José Castro Correia da Silva | Porto
- Dr. Fernando Manuel Pavão Bandeira Lobão Salvador | Régua
- Dra. Ana Cristina Martins Monteiro | Vila Real
- Dr. Ricardo Jorge Martins Pinto | St. Martinho de Antas
- Dr. Pedro Miguel de Silva Pinheiro | Vila Real
- Dra. Maria Helena Marques Pereira Branco Gomes | Faro
- Dra. Andreia de Paiva Figueiredo | Estoril
- Dra. Alice Maria Viterbo Gonçalves de Seixas Martins | Porto
- Dra. Maria Teresa Almeida e Sousa Martins da Rocha | Porto
- Dr. Bruno Miguel Carvalho Pinto | Pedrouços
- Dra. Maria Luísa de Almeida Viterbo | Porto
- Dra. Patrícia Raquel Santinho Bernardino | Rio Tinto
- Maria Aida de Carvalho Almeida Faria | Porto
- Dra. Ana Catarina Loureço Ribeiro | Castelo Branco
- Dra. Marta Sofia Jorge Moreia | Castelo Branco

SÓCIOS FALECIDOS

Tomamos conhecimento dos falecimentos dos nossos Associados.

- Dr. José Maria de Castro Salazar | S. João de Airão (Braga)
- Dr. Arlindo Pinto Gonçalves | Coimbra
- Dr. Luís Filipe Carvalho Magão | Lisboa
- Prof. Abel José Sampaio Tavares | Porto

Às famílias enlutadas a Associação dos Médicos Católicos Portugueses manifesta o seu pesar.

