



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

ANO LXXX, Nº 2

Junho 2016

Fundador

José de Paiva Boléo

Director

J. Paiva Boléo-Tomé

(paivaboleotome@gmail.com)

Administradora

Ana Sarmento

(antoniosarmento55@sapo.pt)

Sub-Director

Alexandre Laureano Santos

(a.laureano@netcabo.pt)

Redactores

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

Conselho Científico

Walter Osswald

Henrique Vilaça Ramos

José E. Pitta Grós Dias

Levi Guerra

Lesseps L. dos Reys

Daniel Serrão

José Pinto Mendes

Número de Identificação: 501 983 589

ISSN – 0870 – 0311 – INTERNATIONAL STANDARD SERIAL NUMBER

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

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

Secretária: Luísa Sá – Telm.: 924 488 589

www.medicoscaticos.pt – e-mail: medicoscaticos.pt@gmail.com

Execução Gráfica: ORGAL Impressores – Tiragem: 750 exemplares

**ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS
CATÓLICOS PORTUGUESES**

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

DIRECÇÃO NACIONAL

Presidente: Carlos Alberto da Rocha

Vice-Presidente: João Tiago Guimarães

Secretário: Alice Seixas

Tesoureiro: Ana Sarmento

Vogais: Luísa Viterbo

Patrícia Bernardino

João Pedro Pimentel

Bruno Pinto

Assistente: P. José Eduardo Lima sj

NÚCLEOS DIOCESANOS (PRESIDENTES)

Aveiro: Jorge Rodrigues Pereira

Portalegre/Castelo Branco: Isabel Marques Jorge

Coimbra: Augusto Pinto

Faro: Santos Matos

Guarda: Víctor Santos

Lisboa: Sofia Reimão

Porto: Manuel Pestana Vasconcelos

Vila Real: Maria Goretti Rodrigues

Viseu: João Morgado

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

SUMÁRIO

ABERTURA: OS “JEANS” ROTOS	
J. BOLÉO-TOMÉ.....	5
Alguns aspectos do erro médico na perspectiva do direito	
Álvaro da Cunha Gomes RODRIGUES.....	9
O erro ético em medicina	
Filipe ALMEIDA.....	33
Gerir o erro em saúde	
Idalina BEIRÃO.....	39
DOCUMENTOS DO CENTENÁRIO	
– Discurso do Bispo do Porto	45
A PALAVRA DO PAPA.....	49
– Medicina e compaixão	51
TEMAS ACTUAIS	
– Um filho é uma dádiva	
Pedro Vaz PATTO.....	57
– Liberdade de ensino	61
– Ciência e Tecnologia: Neuroestética e Psicoterapia	
Maria Emilia M. PACHECO.....	65
– Transexualidade	71
– Relativismo religioso e totalitarismo anticristão	
Pe. Anderson ALVES.....	73
NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS	77
• Maioria de casamentos nulos?; • Um cardeal e a “liberdade” dos extremistas; • A Ideologia de género na Grã-Bretanha; • Contraceção obrigatória?; • Congresso do Espírito Santo; • Congresso da F.E.A.M.C.; • «Eutanásia» – livro a não perder; • Walter Osswald; • «Acção Médica» há 50 anos	
RESUMOS	89
ABSTRACTS	91

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Pagamento adiantado

Associados da A.M.C.P.: desde que a quotização esteja regularizada recebem a revista sem mais qualquer encargo. Por ano..... 37,50 €

Não Associados:

Portugal

Um ano (4 números)..... 20,00 €

Avulso..... 5,00 €

Estrangeiro

Acrescem as despesas de envio

Estudantes..... 10,00 €

ABERTURA

OS “JEANS” ROTOS

Haverá algum sentido na vida que nos vem sendo proposta pelos poderes que dominam o pensamento actual?

Gabriele Kuby oferece-nos a resposta no seu livro notável «The Global Sexual Revolution». Não, não pode haver sentido numa vida sem sentido, ou antes, não pode haver sentido numa vida cujo único sentido é impor o relativismo como vida e como lei, anulando a concepção cristã do homem.

É este o panorama:

- A neutralização da Família por meios ideológicos e económicos;*
- A colectivização dos filhos menores em jardins de infância e sexualização das crianças pela educação sexual obrigatória;*
- A “lavagem” dos cérebros infantis com a mentalização clara e única na ideologia de género;*
- A campanha do “transgénero”: muitas famílias inglesas são “aconselhadas” a induzir as crianças de 3 ou 4 anos a escolherem o “género” que mais lhes agrada para serem sexualizados a partir dessas idades; sexualizados pode significar mesmo sujeitos a cirurgias para mudança de sexo, se assim for decidido – esse crime incrível, afirma o psiquiatra McHugh;*
- A promoção de privilégios para os grupos LGBT, privilégios negados a pessoas normais, e que são impostos por decisões judiciais, e largamente subsidiados, em nome da “liberdade”;*
- A aceitação e reconhecimento jurídico de uniões entre pessoas do mesmo sexo como “casamentos” ou “matrimónios”, exactamente com o*

mesmo significado dos únicos que constituem a verdadeira família – homem, mulher e filhos;

- A desconstrução das identidades feminina e masculina, assim como de maternidade e de paternidade. O Pai e a Mãe passaram a ser apenas “genitor 1” e “genitor 2”;

- A promoção da chamada “saúde sexual e reprodutiva”, que mais não é do que a promoção do aborto e dos abortivos, com benefícios sociais e fiscais que são negados às mães que escolhem ter filhos;

- A promoção da eutanásia, isto é, da eliminação, voluntária ou não, de pessoas de qualquer idade que sejam “descartáveis”, o que significa, portadores de doenças crónicas, malformações, velhos, ou, simplesmente, incómodos;

- A liberdade de insulto e agressão, com escondida protecção das autoridades: grupos femen e gays assaltam impunemente igrejas, cemitérios, monumentos religiosos, insultam livremente os que ousam opor-se-lhes; conseguem impor leis de suposta liberdade religiosa, proibindo símbolos cristãos. Gabriele Kuby e outras activistas pro-família sabem-no bem, com as ameaças de morte, as destruições dos bens, os insultos mais soezes nos meios de comunicação social, assim como nos meios supostamente artísticos, onde são apresentadas como “zombies nazis” e “ameaças para a humanidade”.

Tudo isto com o apoio de órgãos supra-nacionais, quer na ONU, quer na União Europeia, assim como de poderosas instituições como a IPPF (International Planned Parenthood Fed.), a UNICEF, a Apple, a Microsoft.

As modas marcam o compasso da vida e nesta vida sem sentido os jeans rotos, na imagem feliz de José António Saraiva, são bem o símbolo da falta de sentido das coisas, das atitudes, das ideias; o pensamento humano chegou ao fim, nada mais é possível senão o disparate, o ridículo... ou o crime transformado em normalidade. Cada buraco nas calças da vida é mais uma loucura no absurdo de uma vida que perdeu todas as referências.

A família esburacada, como as calças rotas da moda sem nexos, constroem uma sociedade moribunda, sem regras e, por isso mesmo, sem

sentido. As normas sexuais que agora são esquecidas ou recusadas, dentro ou fora da família, têm uma influência decisiva na construção ou na destruição de uma sociedade portadora de uma verdadeira civilização.

Estamos ou não a aceitar enfiar as calças rasgadas do relativismo e da sua «ideologia de género»?

J. Boléo-Tomé

ALGUNS ASPECTOS DO ERRO MÉDICO NA PERSPECTIVA DO DIREITO¹

Álvaro da Cunha Gomes Rodrigues^{2*}

Nota Introdutória

A presente comunicação será apresentada em linguagem tão acessível quanto possível e num tom coloquial, tendo em vista, principalmente, os que não dominam a terminologia jurídica, especialmente a relativa ao que em crescente frequência se convencionou designar por direito médico, com particular ênfase em matéria da responsabilidade médica.

Importa dizer que o Erro Médico, por muito que impressione, é, do ponto de vista ôntico fenomenológico, uma realidade conatural ao próprio exercício da Medicina, como todo o erro é inerente à própria actividade humana, ocorrendo com inusitada frequência e provocando, muitas vezes, lesão ou perigo grave para eminentes bens jurídicos pessoais, tais como a integridade física, a saúde e até a vida do paciente.

Constitui lapidar verdade a que se encerra no conhecidíssimo aforismo latino «*errare humanum est*»! Mas, precisamente porque assim é, não é menos verdade que ao «*errare humanum est*» se usa contrapor-lhe a expressão «*sed diabolicum perseverare*»!

Portanto, errar é humano, mas já é diabólico perseverar no erro! Não obstante esta axiomática verdade, não têm sido suficientes, entre nós, estu-

¹ O texto que ora se publica corresponde, no essencial, ao guião tópico que elaborei para me servir de base a uma palestra que proferi, em 12 de Março de 2016, na cidade do Porto, na Reunião Nacional da Associação dos Médicos Católicos Portugueses – 2016, por amável convite do seu Ilustre Presidente, Dr. Carlos Alberto Martins da Rocha e que teve lugar no Centro de Congressos da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos.

^{2*} Juiz Conselheiro do Supremo Tribunal de Justiça, Doutor em Direito

dos sobre tal matéria e, sobretudo comunicações científicas médicas e jurídicas que abordem esta temática com a profundidade e extensão exigíveis e, sobretudo, com a frequência que seria desejável.

Escasseiam livros ou mesmo artigos de revista que abordem, com a clareza indispensável e sem quebra do rigor técnico científico, esta realidade, assim como ainda são insuficientes as intervenções orais adrede realizadas por especialistas na matéria. Situação tanto mais grave quanto parece haver, entre nós, algum equívoco conceptual entre o erro médico, a negligência médica, o evento adverso e a denominada violação das *leges artis*.

Tudo é tratado, sobretudo nos meios de comunicação social, sob o denominador comum e sempre estigmatizante de «*negligência médica*», até mesmo nos casos em que a diligência dos profissionais de saúde se revelou notória!

De igual sorte, a abundante informação noticiosa sobre casos denominados, sem qualquer precisão terminológica também, de «*erro médico*». Tal equivocidade de conceitos prejudica não apenas aqueles que directa e profissionalmente lidam com a problemática do erro médico – designadamente ao nível clínico e forense – mas a todos os que se interessam por questões relacionadas directa ou mediatamente com a saúde e a actividade médica, o que vale dizer que importa a um público cultural e profissionalmente heterogéneo e diversificado já que respeita a um património comum a todos, constituído por valores e bens jurídicos eminentemente pessoais, como a saúde, o corpo e a vida, que são ou podem ser atingidos por erros médicos.

A medicina dos nossos dias é, cada vez mais, substancialmente diferente da que foi praticada, ao longo de tantas gerações até cerca dos meados dos anos 80 do século findo. Diferente, na medida em que é cientificamente mais avançada, tecnicamente mais complexa e progressivamente mais eficaz. Diferente também nos meios e técnicas que utiliza para a elaboração do diagnóstico, para a terapêutica clínica e para o acto cirúrgico, diferente na própria organização e estruturação dos serviços médicos e paramédicos, com cada vez maior predomínio para o trabalho interdisciplinar e em equipa, o que gera tendência para a diluição da responsabilidade pela ocorrência infausta e dificuldade na determinação do agente responsável, mas, por isso mesmo, diferente também, no plano da responsabilização jurídica dos seus profissionais, tanto na área cível, como na penal e disciplinar.

É evidente que todo este progresso científico-tecnológico, envolvendo técnicas extremamente melindrosas e invasivas, assim como arsenais medicamentosos potentes, porém de múltiplos efeitos secundários e adversos susceptíveis, sem dúvida, de produzir efeitos terapêuticos altamente benéficos mas simultaneamente com elevado risco de produção de lesões corporais ou da vida dos pacientes, levanta questões até há pouco dificilmente imagináveis, despertando a atenção de pensadores dos mais variados quadrantes científicos.

São disso exemplos a detecção de anomalias genéticas por via da amniocentese, os avanços da cirurgia estética e reparadora, designadamente a neurocirurgia, a microcirurgia e a cirurgia a “*laser*”, os progressos registados nas técnicas de cirurgia torácica especialmente da cardiovascular, os enxertos e transplantações de órgãos e tantas outras técnicas diagnósticas e terapêuticas que os médicos, melhor que ninguém, não precisam de apresentação.

Porém, também pelos perigos e lesões desencadeadas, a sociedade é quase diariamente confrontada com notícias de resultados médicos infaustos, de efeitos medicamentosos adversos, de mortes, acidentes iatrogénicos, infecções nosocomiais se não letais, certamente de considerável gravidade e efeitos porventura irreversíveis.

Em Portugal é hoje inusitado o fluxo noticioso sobre tal temática, a partir de uma comunicação social em geral não devidamente preparada para compreender a complexidade do fenómeno, o que se traduz muitas vezes na divulgação leviana e equívoca dos casos apontados como falhas médicas aos serviços hospitalares estatais ou à clínica privada, motivando conversas de café depreciativas dos profissionais de saúde cuja pessoa e sua competência nem sequer se conhece, passando pelo incremento impressionante da litigância nos tribunais em tal matéria.

A verdade, porém, é que o erro médico existe e causa efeitos deletérios de que todos os que, a esta temática se dedicam, se apercebem da sua temível natureza e frequência.

Para se aquilatar da dimensão da problemática do erro médico e da consequente relevância deste tema, é de toda a conveniência ter em mente a impressionante asserção constante da primeira página de uma obra de indiscutível referência, publicada no ano 2000 nos EUA pelo Institute of

Medicine, intitulada «*To Err is Human: Building a Safer Health System*», que constitui um relatório apresentado pelo *Committee on Quality of Health Care in America*, da autoria de três conceituadas investigadoras.

Segundo o referido Relatório, «*more people die in a given year as a result of medical errors than from motor vehicle accidents (43, 458), breast cancer (42, 297), or AIDS (16, 516)*»².

No estudo notável da autoria de José Fragata, Luís Martins e Colaboradores, intitulado «*O Erro em Medicina*», edição de 2004, lê-se esta impressionante passagem:

«*Em Portugal não há dados disponíveis. No entanto, considerando como hipótese, que os nossos hospitais têm o mesmo nível de fiabilidade das instituições congéneres americanas, seria possível estimar entre 1.300 e 2.900 o número de mortos anuais provocado por erros médicos*»³

Neste Encontro de hoje sobre a temática do Erro Médico, em boa hora realizado pela Associação dos Médicos Católicos Portugueses nesta bela e vetusta cidade do Porto, foram apresentados impressionantes dados estatísticos do elevado número de casos de insucesso imputados a erro médico, que certamente nos farão reflectir seriamente nesta problemática que, obviamente, a todos nós diz respeito.

Para cabal entendimento da perspectiva do jurista, importa dizer que o profissional do Foro, *maxime*, o Juiz a quem compete apreciar e decidir as questões que lhe são presentes, move-se sempre entre dois hemisférios em que se ancora o dever de apreciação e decisão judicial, o dos factos e o do direito.

O hemisfério dos factos é aquele em que se implantam as realidades da vida, normalmente perceptíveis por via sensorial (ainda que através de instrumentos adequados), o denominado mundo do ser (*sein*, na terminologia germânica), daquilo que acontece, vale dizer, o mundo ontológico, naturalista ou fenomenológico, mais propriamente, o mundo ôntico-fenomenológico.

O hemisfério do direito é o mundo dos valores normativos, do que, na perspectiva jurídica (legal, doutrinária, jurisprudencial e, não raro, até

³ José Fragata, Luis Martins e Col. «O Erro em Medicina» Almedina, edição de Novembro/2004, pg. 29.

costumeira ou consuetudinária) constitui o mundo do dever ser (*sollen*) um mundo axiológico, valorativo.

Dito de uma forma simples, cabe ao Juiz aperceber-se da realidade, tanto quanto possível, do que efectivamente se passou no plano dos factos ou eventos materiais e, para isso, procede ao julgamento da matéria de facto, mediante o exame, discussão e apreciação dos meios de prova que tiverem sido trazidos ao processo [prova documental (registos clínicos, papéletas hospitalares, prescrições efectuadas ou técnicas utilizadas, exames prévios requisitados)] prova pericial, testemunhal, prova por inspecção, enfim, os meios de prova legalmente admitidos em que possa alicerçar a convicção sobre tais factos.

Fixados os factos provados e elencados os não provados, sempre mediante a necessária e criteriosa fundamentação para se evitar uma fixação arbitrária, procede-se à valoração dos mesmos, inserindo-os, ou não, na previsão das normas legais aplicáveis, com o argumentário técnico-jurídico apropriado para o efeito (a denominada subsunção dos factos na norma).

Finalmente, cabe ao Juiz decidir não apenas com base na *secura* da lei, mas também por comparação com outros casos reais da vida julgados pelos tribunais (jurisprudência) e com apoio na melhor doutrina (trabalhos de investigação dos docentes de Direito ou de pessoas de reconhecido valor técnicocientífico, normalmente em publicações especializadas), em tudo isso se apoiando para elaborar a decisão plasmada na sentença judicial.

Estabelecida, ainda que necessariamente “*a vol d’oiseau*”, a distinção entre o mundo dos factos e o mundo do direito, é tempo de dizer que o erro médico como é comumente designado, é uma figura que pertence a este hemisfério factual.

Conceito de Erro Médico

O erro médico é sempre uma distorção da realidade, uma divergência entre a realidade biológica e a representação mental dessa realidade pelo médico. É um erro intelectual, erro de percepção ou cognitivo.

Com esta abrangência, este erro, denominado justamente como erro de percepção ou de representação ou ainda erro intelectual ou cognitivo, tanto abrange a falsa representação do que, na realidade, existe, como o desconhecimento do que existe e a suposição do que não existe.

Daí que o termo *erro* abranja a ausência de conhecimento da realidade (ignorância) e a falsa representação da realidade. Porém, é costume falarmos no estudo do direito penal em *erro de execução*, contrapondo-o ao erro de percepção ou cognitivo.

Também no plano médico-jurídico poderemos falar de erros de execução, embora tal expressão não seja usada com frequência, antes substituída por outras mais suaves como falha técnica, acidente terapêutico, etc.! Como os juristas sabem, o erro de execução, na perspectiva jurídico-penal, é um «desvio do golpe» (*aberratio ictus*), isto é, uma falha na execução de um acto material, como por exemplo, se um caçador, por falha de pontaria em relação à peça de caça que visava, atinge uma pessoa ou se alguém quer atingir uma pessoa para a ferir e por inabilidade atinge outra, matando-a.

Um exemplo de escola da *aberratio ictus* ou erro de execução é o de alguém que, desejando matar um cão do vizinho, apontou a espingarda e disparou, atingindo mortalmente uma criança que brincava perto e não acertando no cão [Eduardo Correia, *Direito Criminal*, I (reimpressão), 1968, pg. 406].

Também no domínio do erro médico existe o erro de execução, como, v. g., quando o médico, ainda que use da sua perícia e destreza acaba por seccionar um vaso sanguíneo que se encontrava oculto por espessa camada de tecido adiposo ou uma artéria friável, quando perfura um órgão no desempenho de um acto cirúrgico por um movimento involuntário da mão ou, ainda, quando produz uma queimadura no paciente ao lidar com um instrumento de elevada temperatura ou na aplicação de um cautério.

Também é mais frequente do que seria para desejar o erro médico por troca de medicamentos com designações parecidas ou com frascos ou outras embalagens com rótulos da mesma cor ou muito parecida, o que normalmente acontece ao nível da enfermagem, mas que a necessária supervisão do médico não chega a detectar a tempo.

Estes são erros de natureza predominantemente cognitiva, mais do que de execução, mas que poderiam ser evitados com um grau maior de diligência.

Apontaremos apenas a título elucidativo, algumas *definições de erro médico*:

A de **Eberhard Schmidt**, segundo o qual, o erro médico é «*todo o*

erro, cometido por um médico durante a assistência a um doente» e a que o Mestre de Leipzig chamava *Der Kunstfehler*, erro de arte ou erro profissional [Eberhard Schmidt, *Der Arzt im Strafrecht* (Leipzig, 1939, p. 138,)] Embora de amplitude indesmentível, continua a ser uma definição clássica em que não é difícil entrever que, face a tal conceito, nem todo o erro médico, como falha profissional, assume relevância jurídico-penal ou civil, mas apenas aquele que é susceptível de integrar ou determinar o preenchimento de um tipo de ilícito criminal ou que, pelos danos causados e reunidos os demais pressupostos da responsabilidade civil (ilicitude, culpa e comprovado nexo de causalidade entre os danos e a conduta ilícita), constitua o seu autor no dever de indemnizar.

Por isso, este mesmo autor *escrevia*: «*Um procedimento errado pode ficar sem qualquer consequência e, deste modo, ser insignificante do ponto de vista penal*».

O erro médico é uma realidade que, por ser ôntico-fenomenológica, releva *in se ipsa* no plano da matéria de facto. Eberhard Schmidt ensinava que o *Kunstfehler*, neste sentido, não encerra qualquer juízo de valor jurídico, mas é somente uma designação para um facto. Segundo o ilustre penalista e médico alemão, trata-se somente da confirmação, de que num determinado caso particular, algo aconteceu do ponto de vista médico e que, desse mesmo ponto de vista, está errado (*Der Arzt im Strafrecht*, pg. 137). Também continua a ser este o entendimento actual de grande parte da doutrina especializada.

Para **Romeo Casabona**, o erro médico traduz-se num «*defeito de aplicação de métodos, técnicas e procedimentos nas distintas fases de actuação do médico (técnica exploratória, diagnóstico, prognóstico, realização do tratamento)*».

O mesmo autor acrescenta que, de acordo com tal linha de pensamento, o erro médico não supõe uma valoração jurídica, posto que se trata unicamente da comprovação fáctica de que um determinado acto clínico ou cirúrgico não está correcto do ponto de vista técnico.

Não sendo, portanto, uma realidade do mundo do Direito, uma figura jurídica, a verdade é que o erro médico reveste-se, pelo que se deixa exposto, de alta relevância social e ética, além da sua irrefragável projecção no plano jurídico, quer no domínio do Direito Penal, quer no domínio do Di-

reito Civil com reflexos no campo jurídico-administrativo, jurídico-laboral e no domínio do direito disciplinar.

Porém, aqui surge uma questão! Sendo uma realidade de facto, como releva o mesmo para o Direito?

No que tange ao Direito Penal, o erro médico só é relevante quando, por via dele, o médico preenche a factualidade de um tipo de ilícito criminal (*factualidade típica*) em que o bem jurídico penalmente tutelado seja a saúde, o corpo ou a vida do paciente, ou a sua liberdade e autodeterminação, na medida em que tal erro fundamenta a imputação objectiva de um *resultado lesivo* a uma conduta penalmente punível (realização de um tipo legal doloso, na forma tentada ou consumada, ou de um tipo legal negligente, na forma consumada, nos casos de negligência punível).

Por isso se diz que os crimes de ofensas à integridade física e de homicídio são «*crimes de dano ou de resultado*», pois para que se verifiquem estes crimes é necessário que se verifique o resultado lesivo que lei visava evitar com a tipificação penal de tais comportamentos ou condutas.

No entanto, quanto aos crimes dolosos, isto é, praticados com intenção de obter o resultado proibido ou com indiferença pelo seu surgimento, o não acontecimento do evento material (resultado) nem sempre afasta a prática do crime, agora na sua forma tentada, isto é, o agente pratica todos os actos de execução desse crime, mas, por razões alheias à sua vontade, o resultado frustra-se, isto é, não acontece.

Note-se, no entanto, que nos termos do nº 1 do artº 23º do Código Penal, a tentativa só é punível se ao crime consumado (isto é, aquele em que o resultado material típico se segue aos actos de execução como consequência destes) corresponder pena superior a três anos de prisão, salvo havendo disposição legal em contrário.

Como a larguíssima maioria dos crimes médicos são decorrentes de condutas negligentes, portanto, crimes negligentes, não há lugar à tentativa, que é um conceito jurídico-penal específico dos crimes dolosos, pelo menos no nosso ordenamento jurídico-penal. No âmbito do Direito Civil cujas demandas visam uma finalidade ressarcitória e/ou compensatória pelos danos sofridos, embora alguns autores reconheçam à indemnização uma componente sancionatória, para que haja lugar às indemnizações por danos patrimoniais, isto é, por aqueles danos susceptíveis de avaliação pe-

cuniária (como as despesas hospitalares, compra de medicamentos, transportes, deslocações, aparelhos e próteses necessárias, etc.) ou compensações por danos não patrimoniais, também denominados danos morais (danos estéticos, *quantum doloris* do sofrimento, desgostos e angústias, abstenção de certos divertimentos ou lazeres) ou, ainda, pelos chamados danos patrimoniais futuros, isto é, os decorrentes da evolução biológica da saúde e da capacidade de ganho ou de trabalho habitual, necessária se torna a existência de tais danos ou lesões para haver lugar à responsabilidade civil do autor da lesão.

Se da conduta errada do médico não tiverem resultado danos, não haverá responsabilidade civil, pois os danos ou prejuízos constituem pressupostos ou requisitos de tal responsabilidade, assim como a conexão causal entre a conduta ilícita e o dano (nexo de causalidade que fundamenta a imputação objectiva do ilícito civil ao agente ou autor da lesão).

Não havendo danos, não há, portanto, lugar à responsabilidade civil contratual ou extracontratual por inexistência de um pressuposto da mesma, o dano ou prejuízo. Configura-se, deste modo, o erro médico como uma falha profissional, independentemente da sua valoração jurídica e, portanto, um erro do ponto de vista técnico.

Isto significa que o erro médico, em si mesmo, isto é, desligado das suas consequências, não releva directamente para o Direito Penal ou Civil, o que não quer dizer que não seja censurável noutros domínios jurídicos, como, v.g, no plano disciplinar, ou até, consoante o circunstancialismo da sua ocorrência, ética e socialmente reprovável.

Numa intervenção que efectuei numa acção de formação do Centro de Estudos Judiciários em Coimbra, no dia 12 de Novembro de 2010 e que teve lugar no auditório da Fundação Bissaya Barreto, esta minha asserção ocasionou um equívoco no sentido de se supor que o erro médico seria juridicamente irrelevante. Não é assim, como ora se deixou expresso, pois tal irrelevância só se verifica, nos domínios civil e penal, quando inexistem danos ou prejuízos e mesmo assim quanto aos crimes negligentes, pois quanto aos dolosos (nas modalidades de dolo directo ou intenção, dolo necessário ou dolo eventual) estão criminalmente tipificadas algumas condutas que não exigem a consequência danosa, pois a lei criminaliza tais

condutas pelo elevado teor de perigo de lesão que desencadeiam, são os chamados crimes de perigo.

Para o conceituado cardiocirurgião Prof. **José Fragata**, o erro em medicina é delineado como *«uma falha, não intencional, de realização de uma sequência de actividades físicas ou mentais, previamente planeadas, e que assim falham em atingir o resultado esperado. Sempre que essa falha se não deva à intervenção do acaso»*⁴.

Para **Germano de Sousa**, que foi Bastonário da Ordem dos Médicos, o erro médico é *«a conduta profissional inadequada resultante de utilização de uma técnica médica ou terapêutica incorrectas que se revelam lesivas para a saúde ou vida do doente»*⁵.

Tal definição engloba também o erro de diagnóstico, já que, também nesta fase, o médico deve recorrer à técnica adequada para se abalizar a emitir tal juízo, a par, naturalmente, da observância das regras de cuidado.

De acordo com o citado autor, *importa «diferenciar o erro médico culposo do erro resultante de acidente imprevisível, consequência de caso fortuito, incapaz de ser previsto ou evitado»*.

Considera, ainda, que não é erro o resultado incontornável, isto é, o que decorre da situação incontornável de curso inexorável quando até ao momento da ocorrência a ciência médica e a competência profissionais não dispõem de soluções.

Finalmente, o autor referido exclui ainda do conceito de erro médico o **resultado adverso**, quando o médico emprega todos os meios disponíveis sem obter o sucesso pretendido.

Neste brevíssimo excursus sobre as várias posições sobre o conceito de erro médico, não podíamos deixar de aludir à do Professor da Faculdade de Medicina de São Paulo, **Irany Novah Moraes**, que à temática do erro médico dedicou dois extensos volumes sobre as suas múltiplas facetas. Para o conceituado autor brasileiro, o erro médico é a falha do médico no exercício da profissão, aqui se aproximando significativamente de Eb. Schmidt

⁴ JOSÉ FRAGATA E LUÍS MARTINS, *O Erro em Medicina, Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade*, Almedina, reimpressão da edição de Novembro/2004, pg. 312/13.

⁵ GERMANO DE SOUSA, *Revista da Ordem dos Advogados*, nº 6, pg.12-14.

e de Karl Engisch, excluindo de tão amplo conceito, as falhas da própria natureza, bem como as lesões produzidas deliberadamente pelo profissional para o tratamento de um mal maior, como a amputação de uma perna para o tratamento de um gangrena que, por si só, poderia levar o paciente à morte.

Novah Moraes (3) distingue entre erro propriamente dito e acidente, e entre este conceito e o de complicação.

O **acidente**, para este autor, é «a ocorrência desagradável não esperada mas previsível, como as intercorrências que acontecem, tanto no processo diagnóstico, como no terapêutico, como são, por exemplo, os acidentes radiológicos, anestésicos e cirúrgicos». A **complicação** é «o aparecimento de uma nova condição mórbida no decorrer de uma doença, devida ou não à mesma causa».

O referido autor apresenta como exemplos de complicações, o caso do paciente arteriosclerótico, que tendo sido tratado de uma gangrena, falece de enfarte do miocárdio, no dia da alta hospitalar, ou da complicação que ocorre nos doentes mal nutridos no pós-operatório de uma cirurgia abdominal, designada por evisceração, quando a sutura se rompe e as vísceras ficam expostas.

Todos conhecemos casos de doentes internados, que mercê da sua posição de decúbito dorsal prolongada, são vítimas de embolias fatais por força de coágulos produzidos pela estase em que se encontram, ou de pneumonias por acumulação de muco nos pulmões em caso de supressão ou de diminuição acentuada do reflexo da tosse.

Em todo o caso, importa não olvidar que por detrás de um acidente ou de uma complicação, pode estar um **erro de percepção ou cognitivo** como um erro de diagnóstico, de profilaxia ou de terapêutica decorrente da ausência de conhecimentos técnico-científicos (**ausência de representação da realidade**), da errada interpretação da sintomatologia do paciente ou de dados laboratoriais, imagiológicos ou clínicos (**representação deformada ou distorcida da realidade**) ou um **erro de execução**, como o manejo indevido de instrumentos na realização do acto clínico ou cirúrgico ou troca de produtos farmacológicos no tratamento do paciente.

Para além da figura fronteira de evento adverso, cujo conceito adiante se delineará, uma outra figura relevante apresenta afinidades com a do erro médico, que é a do **risco clínico**, definido por J. Fragata como «a probabilidade de ocorrência de um qualquer evento adverso».

Segundo o conceituado Professor, as estratificações do risco, actualmente em uso, assumem como únicas determinantes de resultado o chamado risco intrínseco à doença actual (natureza e estado clínico), o risco incremental (devido às co-morbilidades associadas) e, embora em menor percentagem, à natureza do procedimento médico ou cirúrgico.

Aqui não se incluem, ainda segundo o mesmo autor, «*aspectos fundamentais como a dificuldade técnica devida, por exemplo, à variação anatómica, à performance do operador ou do hospital, bem como factores complexos de interacção incerta e mesmo o acaso*».

Exemplo característico de situação de maior risco clínico será, ainda segundo o Prof. Fragata, «*operar doentes idosos, com diversas comorbilidades associadas*»,⁵ ou, por exemplo, no que tange aos factores com influência no risco operatório e segundo C. Alves Pereira e José Domingos Vaz, a idade do paciente, o seu estado geral, se a cirurgia é electiva ou urgente, doenças associadas e repercussão sistémica da doença.

A instituição do tratamento ou a decisão cirúrgica, com a eleição dos meios, designadamente anestésicos, será sempre avaliada em função da equação risco-benefício para o doente pois, como afirmam os autores acabados de citar, «*a avaliação do risco operatório requer um conhecimento perfeito da história natural da doença, da morbilidade e da mortalidade prováveis, bem como da sua relação com o benefício esperado da operação. E, portanto, uma avaliação que deve ser feita tendo em vista os riscos para o doente quando se tratar cirurgicamente uma doença*».

Como modalidades mais importantes do erro médico, costumam os autores indicar, entre várias outras, o engano (*mistake*), as falhas e os riscos. Outros autores falam de faltas ou lapsos (*slipses* or *lapses*). Uma taxonomia quase exaustiva das modalidades do erro médico, da autoria de Lucien Leape e Col. (designada por tabela de Leape) podemos encontrar na obra americana «*To Err Is Human, Building a Safe System*», tabela essa que se encontra também no nosso idioma noutra obra de mérito já citada da autoria do Professor José Fragata e Luís Martins, *O Erro em Medicina*, que basicamente enquadra os erros médicos em quatro grandes categorias: erros de diagnóstico, erros de tratamento, erros preventivos [falhas para

providenciar o tratamento profilático apropriado e monitorização inadequada ou de seguimento (*follow up*) do tratamento] e outros erros (falhas na comunicação, falhas no equipamento e outras falhas no sistema).

O que importa não olvidar é que o erro médico pode ser resultante da violação das *leges artis* como pode ser causado pela violação do dever de cuidado, é dizer, por negligência, que tem como substrato o descuido ou falta de diligência.

Um aspecto muito relevante existe, para o qual gostaria de chamar a atenção, que é o de que tradicionalmente o erro médico é atribuído individualmente, como obra de uma pessoa concreta. Porém, cada vez mais a medicina é exercida em conjunto, fenómeno decorrente da especialização crescente dos médicos e da difusão do trabalho em equipa na realização de múltiplas tarefas do processo curativo.

Deste modo, muitas vezes a morte ou lesão grave da saúde do paciente pode não ser resultado de uma actuação individual e nem sequer do médico, como acontece com a actuação descuidada do farmacêutico que dispensa um medicamento sem a devida atenção confundindo com outro fármaco de designação parecida com efeitos substancialmente diversos ou na actuação de um dirigente hospitalar responsável pela manutenção do equipamento e instalações que, por razões diversas, designadamente de restrições orçamentais, não providencia a reparação ou substituição dos alarmes dos monitores de eletrocardiograma numa UCI que, por estarem avariados, não detectaram uma paragem cardíaca. Também ocorre com inusitada frequência que, por força da redução de pessoal e necessidade de turnos sucessivos dos médicos existentes, o cansaço e até o sono vençam os médicos de turno continuado por largas horas, o que propicia a eclosão de falhas muitas delas inserindo-se no âmbito do erro médico.

Como aponta o ilustre Prof. A. Silva Dias, no caso de um doente morrer durante a noite por falta de assistência do médico que se deixou adormecer no seu posto de trabalho vencido pelo cansaço de três dias de turno consecutivo, embora seja inequívoco que ocorre *in casu* uma violação das *leges artis* e um desvio claro do *modus operandi* do médico diligente, na situação ocorrida parece não haver dúvidas de que «o director do hospital

que decidiu e comunicou ao médico que devia continuar o serviço de turnos a fio é igualmente competente pelo risco criado».

O mesmo Professor, assim explica a razão do afirmado:

«Um dirigente criterioso sabe que a fadiga é um factor de risco, potenciador de erro médico e que tem o dever de criar condições para evitar que tal aconteça ou, pelo menos, para minimizar as hipóteses da sua verificação.

Sobre a questão da responsabilidade por erro em medicina no seio de organizações complexas de cuidados de saúde, Augusto Silva Dias, na sua excelente conferência intitulada «*Responsabilidade Penal Negligente em Organizações Complexas de Saúde*» organizada pela Sociedade de Advogados Morais Leitão, Galvão Teles, Soares da Silva, publicada na Revista da Ordem dos Médicos, ano 28, nº 132, tem a opinião seguinte:

Ao actuar à revelia deste dever de boa gestão o dirigente da unidade contribuiu de um modo relevante para a possibilidade de ocorrência do erro médico. Nestes termos, tornou-se igualmente competente pelo risco para a vida do paciente daí resultante. Ou seja, o risco de erro médico causado pela fadiga inscreve-se nos domínios de competência tanto do médico interno como do membro da direcção do hospital»⁶

Breve alusão a outras figuras afins do Erro Médico

1. Evento Adverso

Outra figura relevante para esta delimitação da negligência médica em relação aos conceitos que com ela vivem paredes meias, é a do **evento adverso**. No seu sentido amplo, perfilhamos sem qualquer dúvida, a que é gizada por Vera Lúcia Raposo e que é a seguinte «toda a ocorrência negativa sobrevinda para além da vontade do médico, que surja como consequência do acto médico e não do estado clínico que lhe deu origem e que acabe por causar algum tipo de dano ao paciente».

O «evento adverso» (*adverse event*), assim definido como qualquer ocorrência negativa ocorrida para além da vontade e como consequência

⁶ A. Silva Dias, *op. cit.*, pg. 56.

do tratamento, mas não da doença que lhe deu origem, causando algum tipo de dano, desde uma simples perturbação do fluxo do trabalho clínico a um dano permanente ou mesmo a morte, não será imputável ao agente médico a título de negligência, mas na medida em que causou dano ou lesão ao paciente, deverá ser objecto de apuramento de responsabilidade pela conexão causal entre a conduta médica e o resultado danoso.

2. Violação das *Leges Artis*

Finalmente importa ter em atenção a figura da *violação das leges artis* que é a infracção às regras deontológicas e técnico-científicas da profissão, que podem estar escritas em protocolos, *guidelines*, circulares da Direcção de Saúde, registadas em actas de reuniões médicas onde se deliberou sobre o *modus procedendi* em determinadas circunstâncias, ou podem, pura e simplesmente ser resultantes dos hábitos convalidados da profissão.

Em suma, poderemos dizer que as *leges artis medicinae* constituem um complexo de regras e princípios profissionais, acatados genericamente pela ciência médica, num determinado momento histórico, para casos semelhantes, ajustáveis, todavia, às concretas situações individuais. Em caso de não se ter em conta uma determinada situação individual, a designação apropriada será a de «*leges artis medicinae*».

7 Trata-se, enfim, na expressão anglo-americana tão em voga nos tempos hodiernos, das regras do *knowhow* sobre o tratamento médico que devem estar ao alcance de qualquer clínico no âmbito da sua actividade profissional. Regras, como se disse, de índole não exclusivamente técnico-científica, mas também deontológicas ou de ética profissional, 8 pois não se vislumbra qualquer razão, antes pelo contrário, para a exclusão destas da arte médica.

A observância das *leges artis* exclui, em princípio, o chamado erro médico (*ärztliche Kunstfehler*), designadamente na sua modalidade, porventura a mais relevante, de “erro de tratamento” (*Behandlungsfehler*) definido por Schwalm⁷ como «o tratamento médico não indicado ou realizado de modo não conforme à técnica curativa adequada a uma determinada finalidade terapêutica, segundo os conhecimentos da ciência médica, tendo

⁷ G. SCHWALM, *Zum Begriff und Beweis des ärztlichen Kunstfehlers*, Bockelmann - F. S., apud. A. Jorge Barreiro, *La Imprudencia Punible...* cit., p. 44.

em conta as circunstâncias cognoscíveis do caso concreto no momento do tratamento; e a omissão do tratamento curativo correcto, que se afigure como objectivamente indicado à obtenção de uma determinada finalidade terapêutica – segundo os conhecimentos da ciência médica – nas circunstâncias do caso concreto e no momento necessário, desde que seja possível a realização do omitido»⁹ Dizemos “*em princípio*” pois, se perfilharmos a noção amplíssima de erro médico que é gizada por Eb. Schmidt, segundo o qual terá de considerar-se *Kunstfehler* todo o erro em que incorre o médico no tratamento dos seus doentes (Eb. Schmidt, *Der Arzt in Strafrecht*, 1939, 138), casos existem em que o erro é meramente accidental, inerente ao elevado risco do exercício da medicina, sem que se possa falar em qualquer violação das *leges artis* nem, tão pouco, em violação do dever de cuidado (*Sorgfaltswidrigkeit*) pois, apesar da maior diligência possível por parte do médico, existe sempre a possibilidade de um acidente imprevisível ou inevitável que não reflecte qualquer menosprezo pela observância das regras da arte médica.

3. Negligência Médica

Já nos afastados anos 60 o Professor espanhol Pedro Pons⁸ escrevia: «O extraordinário progresso científico experimentado pela Medicina nestas últimas décadas não afrouxou o sentido humano e tradicional da profissão médica. Apesar destes avanços, a prática diagnóstica, desde o interrogatório até ao exame do doente e as análises laboratoriais, conservam o mesmo sentido hipocrático de outrora. Em contraste com a perdurabilidade da arte clínica, os modernos programas do ensino da Medicina, orientam-se para a criação de novas perspectivas, algumas eivadas de acentuada tendência experimental, com o conseqüente menosprezo das tradicionais que, apesar de tudo, conservam actualidade permanente».

Após estas considerações propedêuticas, estamos em melhor posição para nos pronunciarmos sobre o que há de relevante sobre a Negligência Médica no âmbito do Direito Penal. Ensinam os penalistas que a negligência assenta na violação do dever objectivo de diligência ou cuidado. Sim-

⁸ A. PEDRO PONS, Prólogo à obra de SURÓS, *Semiologia Médica*, Salvat Editores, Madrid, Barcelona.

plesmente, como todos sabemos, não é apenas por ter havido uma conduta violadora do dever objectivo de cuidado que se torna possível imputar ao agente a prática de um crime culposo ou negligente.

Na verdade e desde logo, importa que tenha havido o preenchimento do tipo legal de crime negligente punível a título de negligência e, doutra banda, que esse preenchimento por acção ou omissão se possa imputar, como obra sua, a alguém que seja censurável por se não se ter motivado pela norma, isto é, que lhe possa ser atribuído a título de culpa.

Durante longo tempo e por influência da escola neokantiana, a denominada escola sudocidental alemã ou escola de Baden, tributária da filosofia dos valores (*Wertphilosophie*) a negligência criminal foi perspectivada como elemento da culpa e não do tipo, posto que tratando-se de um aspecto intrasubjectivo do agente, ele situava-se dentro daquele vínculo psicológico que ligava o agente ao seu acto, que era como se encarava a culpa na perspectiva positivista-naturalista da Escola de Von Litz.

Mesmo após o advento dos estudos de Reinhard Frank e da sua concepção normativa de culpa, a negligência continuou a ser encarada como pertinente à culpa e era em sede do estudo da culpa que, na teoria da infracção criminal ou doutrina geral do crime se estudava a negligência.

Com o advento do ensino de Figueiredo Dias na Faculdade de Direito de Coimbra, assente na concepção teleológica funcional da doutrina do crime que, na Alemanha, tem como expoente máximo, o Professor Claus Roxin, de Munique, o dolo e a negligência deixaram de ser estudados como formas ou graus de culpa, passando tanto o dolo, como expressão de uma atitude pessoal de *contrariedade* ou *indiferença* como a negligência, enquanto expressão de uma atitude de *descuido* ou *leviandade* perante o dever ser jurídico-penal, a ser considerados como elementos constitutivos, respectivamente, do tipo de culpa dolosa e do tipo de culpa negligente⁹.

No específico campo do direito penal médico, deverá ter-se sempre em tela que os pressupostos da responsabilidade penal do médico pela sua actuação negligente estão decisivamente condicionados pela nota da **circunstancialidade** (o que recolhe a unanimidade das opiniões dos autores),

⁹ Figueiredo Dias, *Temas Básicos da Doutrina Penal*, Coimbra Editora, 2001, pg. 243 e seg.

e que acarreta a consequência da impossibilidade de plasmar em regras fixas e inamovíveis a relatividade e a provisoriedade de vários aspectos a serem observados no momento da sua actuação¹⁰.

Como ponderámos em outro estudo da nossa autoria¹¹, no domínio da medicina existem tratamentos e técnicas operatórias que, intrinsecamente, não traduzem qualquer perigo objectivo, sendo, geralmente, o risco nulo ou diminuto, mas cujo emprego, no caso concreto poderá gerar consequências desastrosas.

Por outro lado, frequentemente são imprevisíveis determinadas consequências ou reacções do paciente, designadamente as chamadas reacções idiossincrásicas, isto é, que traduzem uma susceptibilidade particular em geral inata, que o indivíduo apresenta relativamente a certos factores físicos ou químicos e se manifesta por uma reacção semelhante à alergia ou anafilaxia¹².

A própria intolerância medicamentosa ou o estado orgânico depauperado ou imunodeprimido do paciente e até o seu estado anímico podem condicionar ou determinar reacções adversas, como é sabido.

A previsão ou a previsibilidade do resultado típico, que também constituem elementos da negligência, só podem ser apreciados casuisticamente em matéria médica. De resto, é justamente em função dessa previsibilidade que se poderá falar de imputação subjectiva nos crimes negligentes de resultado (homicídio negligente, ofensas à integridade física por negligência, intervenções ou tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários) só havendo tal imputação nos casos em que o resultado típico seja previsível por um médico, com a qualificação do agente e colocado nas mesmas circunstâncias deste¹³.

¹⁰ Maria del Carmen GÓMEZ RIVERO, *La Responsabilidad Penal del Médico*, pg. 334.

¹¹ Responsabilidade Médica em Direito Penal... cit, pg.274.

¹² Definição contida no Dicionário Médico, Climepsi, 2000, p. 327.

¹³ Está actualmente fora de qualquer dúvida a íntima relação existente entre os estados anímicos ou psicológicos e as manifestações somáticas ou orgânicas, como as úlceras gástricas e duodenais, os problemas entéricos, as manifestações asmáticas e a própria facilidade de contrair doenças (depressão imunológica) obrigaram a reconhecer, não sendo o organismo humano constituído, como se pensava ainda há pouco, por dois compartimentos estanques ou quase, o soma e a psique, mas uma entidade holística (total), em permanente relação biunívoca entre o fisiológico e o psicológico, onde o espiritual marca presença indelével, num todo que se pretende harmónico.

Por isso mesmo, se diz que sendo a entropia sinónimo de desorganização, a entropia do corpo é doença, que reflecte os «*estados da alma*», na sábia expressão popular, e daí, a cada

A negligência assenta na previsibilidade, como se sabe, mas também na evitabilidade do facto ilícito previsível, na justa medida em que ninguém pode impedir a realização de um acontecimento desagradável se o mesmo for inevitável, como acontece nos casos de força maior¹⁴, já que, também para o Direito Penal, muito mais ainda que para os demais ramos da Ordem Jurídica, dado o seu carácter de «*ultima ratio*» da intervenção, é de respeitar o velho brocardo latino «*ultra posse nemo tenetur*».

Nas palavras de Germano Marques da Silva, a conduta negligente funda-se na possibilidade de o sujeito representar o facto ilícito e na possibilidade de se abster da conduta que o realiza¹⁵.

Nem de outra forma poderia ser, uma vez que a função primacial do direito penal é a da tutela subsidiária dos bens jurídicos essenciais à convivência comunitária, e a lesão destes poderá ocorrer tanto mediante uma conduta consciente e voluntária, isto é, dolosa, como por via de um afrouxamento da atenção ou descuido censurável.

O dever objectivo de cuidado é, no fundo, o dever de actuar com a diligência adequada a evitar a produção do evento danoso, ou seja, com as medidas de cautela necessárias para obstar ao não evitar evitável, para usar uma expressão cunhada por Herzberg (*Die Unterlassung im Strafrecht und das Garantenprinzip*, 1972, 177)¹⁷.

No campo específico da responsabilidade médica, por isso que a obrigação do médico é, na expressão civilística de Demogue, uma «*obrigação de meios*» e não uma «*obrigação de resultado*», não se exige do médico nem a consecução da cura, nem da melhoria do estado do paciente¹⁶.

É que a cura ou melhoria do paciente não estão inteiramente dependentes do médico, mas de plúrimos factores como é sabido. Convém,

vez mais afirmada proposição de que «não há doenças, mas doentes»!

¹⁴ FRANCESCO ANOLISEI traçava o seguinte conceito de força maior em Direito Penal: «Por forza maggiore deve intendersi in generale ogni forza estera che, per il suo potere superiore, determina la persona, in modo necessario ed inevitabile, ad atto positivo o negativo (movimento corporeo od inazione). È, in una parola, la violenza *cui resisti non potest*. In tal caso, comme dicivano i pratici, l'uomo *non agit sed agitur*» (F.ANTOLISEI, *Manuale di Diritto Penale* (parte generale), 14ª edizione, Milano, Giuffrè Editore, 1997, pg. 402.

¹⁵ GERMANO MARQUES DA SILVA, op. cit. P. 174

¹⁶ A expressão destinava-se a designar um super – conceito que englobasse a omissão por acção e a omissão imprópria ou comissão por omissão, construindo HERZBERG tal *Oberbegriff* e definindo-o como «a acção em Direito Penal que é o não evitar evitável na posição de garante».

a talhe de foice, recordar porque se diz em linguagem vulgar que o médico cura ou não cura o doente¹⁷.

O termo *curar* deriva do latim (*curare*) que significa *tratar de, cuidar* e, neste sentido, o conhecido brocardo latino «*medicus curat, natura sanat morbus*» (o médico trata, a natureza sara a doença). Cabendo ao médico essencialmente tratar ou cuidar do paciente, a sua obrigação é **de meios**, até porque a recuperação da saúde do paciente depende, como se disse, de vários factores externos e internos (estado imunitário, nutricional, idade, patologias anteriores, hábitos alimentares, reacções idiossincrásicas, alergias e anafilaxias havidas, etc., etc.).

Exige-se-lhe porém, de um lado, todo o esforço possível adequado a obter tais resultados (o que é diferente da obtenção dos próprios resultados) se a própria cura ou melhoria forem clinicamente possíveis e, de outro lado, exige-se-lhe todo o cuidado necessário a evitar a produção de lesão à saúde ou à vida do paciente, lesão que se pode traduzir num agravamento da já existente.

No direito alemão, convém recordar a afirmação de Ulsenheimer¹⁸, que sublinha que não são apenas os casos de insucesso em operações, falhas em intervenções ou problemas com a anestesia que fundamentam a responsabilidade penal, antes se devendo verificar cumulativamente uma variedade de pressupostos para que a culpa seja fundadamente atribuída.

O referido autor acrescenta que já o Tribunal do Reich (RG) havia justamente alertado para a tendência para uma apressada adopção do conceito de negligência, «*pois mesmo o mais perito e apto dos médicos não opera com a certeza de uma máquina e, apesar de toda qualificação e cuidados colocados, sempre pode um ponto, um corte ou um toque que normalmente não suscita problemas ao médico em causa, correr mal em certa ocasião*¹⁹».

O citado penalista alemão prossegue, afirmando que existe um limite mesmo para o melhor saber e poder de cada um, em termos de garan-

¹⁷ K. ULSENHEIMER, *Arztstrafrecht in der Praxis*, cit, § 1, 16.

¹⁸ Ulsenheimer, op. cit.

¹⁹ RGZ, 78, 432-435, cit pelo autor e na obra referidos na nota anterior.

tia de segurança, perante o qual «*toda a responsabilidade civil e todo o tratamento penal se deve deter*»²⁰, «*uma fronteira da tolerância face às falhas humanas*»²¹, a colocar tão acima «*quanto mais elevado for o risco e o respectivo perigo de uma violação dos deveres de cuidado*»²² e, arrimando-se à jurisprudência do BGH²³, cita um importante aresto deste Supremo Tribunal Federal alemão, onde se sentenciou que: «*devido exactamente à autonomia e ampla impenetrabilidade dos organismos vivos, não se pode imputar uma falha ou incidente, de forma geral, a um erro*²⁴ *de comportamento ou à culpa do médico. Os processos dos organismos vivos não se deixam controlar de tal forma que um erro na sua manipulação conduza imediatamente à conclusão da culpabilidade médica*».

Deste modo, segundo Ulsenheimer, as relações de causalidade nas intervenções médicas, por isso que se acha envolvido um organismo cujo estado e reacções não são determináveis de forma segura, não são também claramente previsíveis, nem antecipada nem retroactivamente e, por isso, «*insucessos ou complicações no decurso de um tratamento clínico não apontam imediatamente para um procedimento incorrecto do médico responsável pelo doente*»²⁵.

Finalmente, permito-me aqui registar mais dois brevíssimos sumários de arestos do BGH²⁶, que nos proporcionam uma perspectiva, ainda que limitada, da dimensão e da complexidade deste magno problema na jurisprudência alemã contemporânea, extraídos ainda da notável obra de Ulsenheimer a que nos vimos reportando.

São eles, um aresto do *Oberlandesgericht* de Jena, de 2007, que sentenciou no sentido de que «*a simples falta de efeito terapêutico, por si só, não aponta directamente para um tratamento defeituoso nem para a*

²⁰ Como na penúltima nota.

²¹ Ibidem.

²² Ibidem.

²³ Ver nota 25

²⁴ K. ULSENHEIMER, *Arztstrafrecht in der Praxis*, cit, § 1, 16.

²⁵ BGH, NJW 1984, 661: «*Misserfolge und Komplikationen im Verlauf einer ärztlichen Behandlung weisen deshalb nicht stets auf ein Fehlverhalten des behandelnden Arztes hin*» apud, ULSENHEIMER, op. cit, pg. 17, nota 7.

²⁶ *Bundesgerichtshof* (Supremo Tribunal Federal alemão)

responsabilidade culposa do médico»²⁷ e outro do *Oberlandesgericht* de Munique, de 1996, que decidiu que «as especialidades dos processos de responsabilização médica impõem que não se conclua precipitadamente pelo tratamento defeituoso, erro de tratamento ou diagnóstico culposo»^{28, 29}

Claro que estas anotações jurisprudenciais têm um valor essencialmente indicativo, estando intimamente conexas com os contornos concretos dos casos em relação aos quais foram prolatados, mas eles possuem o mérito indiscutível de chamar a atenção sobre o rigor exigível ao exame crítico da factualidade apurada e da produção da prova em sede dos processos da responsabilidade médica, dada a complexidade destas questões aliada a uma certa fluidez e labilidade dos limites entre o lícito e o não permitido. Já tivemos oportunidade de pôr em destaque, no número precedente, a nota dominante da circunstancialidade que atravessa transversalmente todos os pressupostos da responsabilidade médica, designadamente em matéria de ilícito típico negligente! (notas 24 e 20).

Por tudo o que dito ficou, creio que não pode haver dúvidas da complexidade dos julgamentos de casos de «*negligência médica*», sobretudo em matéria cível onde a delicadeza e a dificuldade de certos procedimentos médicos, aliados à circunstancialidade tantas vezes referida e ainda à possibilidade de reacções orgânicas imprevisíveis do paciente, bem evidenciam que os mesmos exigem uma particular preparação do julgador bem mais acurada do que para a generalidade dos casos gerais de responsabilidade civil.

Não queria, no entanto, encerrar esta minha comunicação sem uma breve alusão ao denominado *near miss* (quase falha) que é a ocorrência de um efeito adverso sem a produção de qualquer dano.

Segundo o Professor Fragata, «*é o caso de um cirurgião que ao dissecar um pedículo vascular lacera inadvertidamente um vaso importante, mas cuja experiência permite reparar a laceração sem que dela re-*

²⁷ O *Oberlandesgericht* é um tribunal de recurso (2ª Instância) correspondente sensivelmente aos nossos tribunais da Relação.

²⁸ OLG Jena, VersR 2007, 69: «*Allein der ausbleibende Heilerfolg deutet noch nicht auf eine fehlerhafte Behandlung und ein Verschuld des Arztes hin*».

²⁹ OLG München, VersR 1996, 63, 64 .

sulte dano para o doente no final da operação»³⁰. O ilustre cardiocirurgião afirma, mais adiante, o seguinte:

*«A ocorrência de um acidente, por exemplo a morte de um doente é um fenómeno descontínuo, episódico, mas foi em geral antecedida por um conjunto de episódios ou eventos adversos devidos ou não a erros, que só não chegaram a produzir o acidente terminal porque as defesas do sistema actuaram a tempo e conseguiram travar a trajectória fatídica. Parece assim existir uma tendência para a ocorrência de eventos adversos, antes de ocorrer um acidente major, estes eventos adversos tendem a passar despercebidos, dado que não causam, em geral, danos de monta e, por isso mesmo, têm pouco impacto.»*³¹

Seria interessante falarmos da negligência penal médica no domínio da **actuação médica em equipa**, onde pontifica o princípio da confiança (*Vertrauengrundsatz*) de origem jurisprudencial, segundo o qual cada elemento da equipa pode e deve esperar, no desempenho de uma actividade, que os outros cumpram os seus deveres no exercício das suas funções, salvo se tiverem motivos para pensarem que os outros ou alguém concretamente não cumpre ou não está em condições de cumprir, para que isso não afecte a realização das suas próprias competência e não se precipite um resultado infausto.

Igualmente tem lugar nessa actividade em equipa o princípio de divisão de trabalho ou distribuição de tarefas (*Arbeitsteilungsprinzip*), segundo o qual a cada um dos médicos está cometida uma competência funcional, cabendo a quem os escolhe a vigilância dos seus subordinados (divisão de trabalho vertical) ou a autonomia e coordenação recíprocas, como acontece entre cirurgião e anesthesiologista em que não há subordinação funcional, mas mera coordenação de tarefas.

Haveria ainda que debruçarmo-nos sobre os parâmetros concretizadores do dever de cuidado e sobre a discutida questão do relevo das capacidades pessoais do agente para a fundamentação e graduação da culpa no ilícito típico negligente.

³⁰ José Fragata e L. Martins, O Erro em Medicina..cit, pg. 67.

³¹ Idem, pg. 69.

Enfim, como se vê, questões aliciantes mas deveras delicadas, a exigirem tempo de que ora não dispomos nem cabem na dimensão necessariamente reduzida de um artigo de revista.

Por todas estas razões, gostaria de apelar aos médicos e aplicadores do Direito, *maxime* aos julgadores, para a necessidade de dedicação de algum do seu precioso e escasso tempo ao estudo de tão magna quão complexa temática, para os primeiros poderem evitar, na medida do possível e, os segundos poderem julgar e decidir em consciência e justiça, as delicadas questões que são submetidas aos tribunais e a que, infelizmente, muitos se obstinam a aplicar invariável e criticamente o rótulo de Casos de Negligência Médica, sem ao menos cuidarem de saber se existiu qualquer negligência do profissional em causa.

O ERRO ÉTICO EM MEDICINA ¹

Filipe Almeida ²

O erro em medicina, sendo tão velho como a própria medicina, é mais que um mero “acto de errar” ou uma “inexactidão”, como é anunciado no Dicionário da Língua Portuguesa. Seja por imprudência, por imperícia ou por negligência, o erro acontecido vincula medularmente o seu autor – o médico – mas, pelas suas directas repercussões, envolve de forma dolorosa o doente, arrasta para a arena instituições de saúde, jornalistas, juristas, companhias seguradoras, *media*, e inquieta cruelmente a honra pessoal, a competência profissional e a credibilidade institucional. Ao erro, empresta-se uma imediata e universal antipatia, não se lhe concedendo a oportunidade de não ser, de ser outra coisa, de ser não mais que o resultado do grande risco que é viver. E, numa medicina que se pretende seja, indevidamente, embora, baseada na evidência, não se lhe comete a possibilidade de existir. “Errare humanum est” é, nesta atmosfera, falaciosa, digamo-lo, um imperdoável exercício de compreensão, talvez revisitado bem fazejamente pelo aviso de Virgílio Ferreira: “a verdade é apenas um erro à espera de vez!”

De facto, o erro existe, todos o conhecem e sabem da sua existência. A contrário do duque de Wellington que afirmava “não há erros, não houve erros, não haverá erros”, os médicos sabem bem: sempre houve, há e sempre haverá erros!

Todavia, em radical antinomia, o “meu erro” não existe. É a existência silenciosa e surda do “meu erro” que o torna aparentemente “inexistente”. E esta é a diferença decisiva, a que vai baralhar a história do erro em medi-

¹ Comunicação apresentada na reunião da Associação dos Médicos Católicos Portugueses (Porto, 2016.03.12), construída sobre um texto revisitado, apresentado na reunião do GEBUCI do Hospital de Leiria, em Novembro de 2007

² Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Médico Pediatra do Centro Hospitalar de S. João

cina. Sendo assunto frequente o seu estudo teórico em tratados de metodologia médica, a divulgação científica do erro não se encontra nas infindáveis publicações a que diariamente acedemos. Na verdade, a sua avaliação objectiva está longe de ser prática séria e desejável, porquanto este exercício profissional, ainda que lúcido e iluminador, fazedor de luz para a medicina e, assim, útil aos doentes e aos médicos, o acontecer deste exercício profissional, dizia, seria hoje olhado, não como um acto de humildade científica (que efectivamente deve ser!), mas como uma denúncia pública de uma pessoal fragilidade científica, de uma redutora incompetência profissional. E, neste terreno obscuro que não comporta o exercício vigoroso da humildade científica, o lugar do erro é, sempre será, subterrâneo.

E porquê?

Estaremos, talvez, a olhar o nosso mister profissional de forma errada!

Respigo Descartes, para a colação: “um ser livre é mais perfeito que um ser sem liberdade de errar”. Vencidos pelo medo de errar, coarctaremos a nossa liberdade e estaremos, quem sabe, no patamar de uma medicina defensiva, excessiva e maleficiente para os nossos doentes! Estaremos, porventura, profissionalmente escravizados pela sedução de uma medicina de potencial tecnológico arrebatador, incapazes de reconhecer a vulnerabilidade e impreparados, quiçá, para olhar a finitude humana! E, absortos por um infundo desejo de vitória, estaremos mesmo inaptos para, como Bichat, compreender que o homem não morre por estar doente, mas que adoece por ser mortal! (Bichat, citado em História da Medicina, M. Tubiana, pg 12). Numa malha profissional e social que assim enxerga o erro, não haverá, seguramente, disponibilidade para o estudo do “meu erro”, para o escutar, para dele falar. Ele é, pois, objecto de ocultação religiosa, motivo de silenciamento.

Sabemos que a clínica moderna irrompe com o método anatomo-clínico de Bichat e Laennec. O desenvolvimento da biologia revoluciona a medicina nos meados do séc XX, com um espantoso incremento da investigação. Mas ao contrário do investigador puro, que tem necessidade de chegar às certezas, ao conhecimento da verdade, o médico calcorreia ainda um pesado terreno de incertezas e é forçado a apostar. Porque, “não tratar” perante um diagnóstico de incerteza pode ser mais prejudicial ao doente do

que “tratar” ainda que perante alguma dúvida, sabemos-lo bem. A margem de erro, pois, aumenta. O advento da revolução tecnológica, contribuindo de forma assinalável para a sua prevenção e controlo, torna bem mais estreita a porta do erro.

Maiores possibilidades de diagnóstico e terapêuticas não trazem o fim das doenças mas a maior medicalização da sociedade. A duração da vida alonga-se, os índices sanitários elevam-se, a opinião pública torna-se mais exigente.

O conhecimento médico deixa de ser propriedade dos profissionais de saúde e é agora, nas domésticas viagens internáuticas e sem um paralelo espírito crítico, acedido pelo cidadão comum, tornando-nos a nós médicos, quantas vezes já, uma 2ª opinião, como nesta sala nos recordava João Lobo Antunes na última reunião da nossa Associação. Questionam-se os fracassos, recusam-se as “derrotas”, rejeitam-se as “perdas”. A caracterização do erro médico não se cinge mais às fronteiras da ciência, ao domínio da arte, ou ao imponderável. A mediatização acrítica dum erro médico de diagnóstico social, com ou sem fundamentação científica, arrasa os profissionais e desnuda os doentes na praça pública.

A saúde requer agora, para a sua compreensão, não só o conhecimento científico mas uma atenção à realidade social e cultural.

Os desafios globais que quotidianamente se colocam na área da saúde, e bem assim a competitividade profissional e institucional vigente, exigem uma preparação universitária individual especialíssima. Impõe-se uma vertebrada formação dos seus actores no trilho da antropologia, da sociologia, da ética e da humanização.

Porque o médico tem em suas mãos o bem mais precioso da espécie humana: a Vida que a sustenta. E tem-na na sua expressão anatómica e funcional, sim, mas também na sua expressão comportamental, nos seus valores mais caros e íntimos como a dignidade, a honradez, nas suas dimensões ética e afectiva.

Para a prevenção dos erros clínicos, de pendor diagnóstico ou terapêutico, a nossa escola preocupa-se deveras com a nossa preparação. E a tecnologia dá-nos, aí, uma poderosa ajuda.

Mas, para os erros éticos e afectivos, a ocupação universitária necessita porventura de maior exigência. Não me surpreendem, assim, tanto os

erros éticos como os erros clínicos, confesso. Aliás, apontar erros da esfera ética e de humanização com os doentes, suplanta, em abundância o apontar de erros clínicos nos Gabinetes do Cidadão das nossas instituições. E, numa reunião que reflecte o erro médico, é necessário ainda dar conta destes erros éticos que escurecem e endurecem tantas histórias pessoais dos nossos doentes.

Desde logo o relacionamento doente-médico, tantas vezes marcado por um exercício de poder que chega a perverter em absoluto a postura de serviço que deve ser o seu timbre. Relacionar-se com um doente num assertivo ambiente de “poder” é um erro médico ético a que urge estar atento.

Mas estar com um doente numa contagem de tempo condicionada a uma eficácia de gestão previamente estabelecida é ainda um não pequeno erro médico ético que parece condenado a figurar nos anais da história dos erros éticos médicos do nosso tempo.

Não reconhecer aos doentes terminais que inundam os nossos hospitais o direito a viverem de modo humano o seu tempo de morrer, é erro médico grave. Recusar-lhes a serenidade da morte com medidas terapêuticas obstinadas, que apenas atendem à capacidade tecnológica e ignoram a capacidade humana para enfrentar a morte é, a igual, erro médico muito grave.

Não escrever num processo clínico a indicação médica tomada de não reanimar um doente em fase terminal, é um erro médico ético que pode levar à distanásia e levanta suspeição quanto à sua adequada fundamentação ética.

Observar um doente num corredor ou numa enfermaria sem lhe respeitar a privacidade devida ao tratamento do corpo, é erro médico ético grave. E desnudar a sua vida afectiva em entrevista médica conduzida na partilha pública dos espaços fará, seguramente, história na história que se vier a fazer dos erros médicos.

Pugnar pelo apetrechamento tecnológico dispendioso, indispensável a uma medicina de ponta, vitoriosa, capaz de salvar vidas no limite da viabilidade é, sem dúvida, necessário. Mas, acomodar-se com a ausência de cuidados paliativos pediátricos para quantos deles necessitam para o último percurso da vida, é certamente erro médico indesculpável.

Atentar contra a integridade, a dignidade, a autonomia dos doentes em ensaios clínicos, é letra viva da história da investigação em medicina,

começada já nos anos 40 do passado século. Foram erros médicos graves que vão colhendo unanimidade na condenação que, hoje, se lhes comete. Mas, a ameaça de reactivação destes erros paira de novo sobre os doentes. Sabemos, todos, da deslocalização que estão a sofrer os ensaios clínicos. Alguma indústria farmacêutica, e os respectivos investigadores médicos, procura realizar os seus ensaios fora dos mercados ocidentais, da Bulgária à Zâmbia, do Brasil à Índia, onde se confrontam com exigências éticas e jurídicas porventura menos constrangedoras, conseguindo realizar investigação em seres humanos de recorte ético de duvidoso rigor.

Não aceitar a publicação de resultados de um ensaio clínico que ponham em causa a vida de doentes submetidos a determinadas terapêuticas por razões de ordem financeira dos patrocinadores é erro médico ético que deve ser denunciado.

Pedir a realização de uma TAC pulmonar, na eventualidade de uma radiografia poder satisfazer a dúvida clínica é erro clínico e erro médico, à luz também de uma justa e indispensável gestão de recursos.

Não tratar por razões exclusivamente economicistas, como desperdiçar por desatento cuidado deliberativo, é erro de gestão e médico, hoje de custo social e humano muito elevado

E, não tratar convenientemente um doente com dor, ou apenas subtrair-lo, é erro médico de objecto recorte profissional.

Apressar ou atrasar um diagnóstico de morte do tronco cerebral por razões estranhas ao quadro clínico do doente é erro médico que não deveria figurar no rol dos erros médicos contemporâneos.

Ignorar nas pautas terapêuticas a oferta da compaixão torna incompleta a estratégia prescritiva que o sofrimento da cada doente reclama.

Ensinar nas Faculdades de Medicina como se ajuda um ser humano a morrer, não é uma perda de tempo e prevenirá erros médicos eutanásicos.

Ensinar nas nossas Faculdades que o verdadeiro paradigma da medicina é de matiz antropológico e não meramente biológico, sequer tecnológico, acautelará certamente a gestação de profissionais errantes do erro.

Caros amigos, Lesseps dos Reys recorda-nos que “*a responsabilidade médica não se esgota na responsabilidade legal*”. Na verdade, perante cada pessoa doente que cada médico tem em mãos, ela é, prioritariamente, creio, uma responsabilidade ética. Porque para além do dever de realizar

“bem”, cumpre-me o dever de realizar “o próprio bem” em cada doente, num exercício virtuoso cumprido numa ética atenta à Vida.

É o melhor exercício para proteger o meu doente do erro médico ético, aquele que não nobilita a consciência do médico e ofende o coração do doente.

Deixo-vos, na esperança de que esta história, assim mal contada, possa, um dia, ser uma história a contar tranquila para os médicos e serena para os nossos doentes.

Bibliografia consultada:

O Erro em Medicina, José Fragata e Luís Martins, Editora Almedina, 2008

GERIR O ERRO EM SAÚDE

Idalina Beirão^{1*}

A preocupação com a segurança do doente remonta já à antiguidade. Disso são exemplos o Código Hamurabi que remonta a 2000 anos antes de Cristo e escola de Hipócrates (460 377 AC) que defendia a tese *Primum non nocere*. Na publicação *Epidemias*, Livro I, da Escola Hipocrática encontramos a citação: “Pratica duas coisas ao lidar com a doença: ajuda ou não prejudiques o doente” (1).

No entanto, foi em 1999 com a publicação do relatório do Institute of Medicine *To Err is Human* baseado no *Havard Medical Practice study*, que revelava que a morte por erro em hospitais/Unidades de Saúde ultrapassava o número de mortes por acidentes de viação (44. 458), cancro da mama (42.297) ou SIDA (16.516), que a atenção ao erro em medicina sofreu um enorme incremento. A 27 de outubro de 2004, foi lançada a *World Alliance for Safety Patient*, da Organização Mundial de Saúde, com o objectivo de desenvolver políticas e práticas na área da Segurança do doente nos estados membros e, em 2009, a Organização Mundial de Saúde publicou um Guia Curricular para as Escolas Médicas sobre a Segurança do doente.

Seis anos após a publicação do livro To Err is Human, Leape L e Berwick D publicaram um estudo que revelava que 10% dos doentes internados sofriam eventos adversos, dos quais 40% eram evitáveis (2). Em 2009, o estudo ENEAS – Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización – publicado em Espanha mostrou que 9,3% dos doentes internados sofriam eventos adversos, dos quais 42,8% foram considerados evitáveis (3).

Em Portugal, o estudo realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública “Segurança do doente – Eventos adversos em hospitais portugueses:

^{1*} Diretora Científica e Pedagógica do Mestrado Integrado em Medicina do ICBAS, UP; Diretora do Departamento de Ensino Médico PréGraduado do Centro Hospitalar do Porto; Assistente Hospitalar Graduada de Nefrologia, Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar do Porto; Gestora de Risco Clínico do CHP.

estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade” mostrou resultados semelhantes, 11,1% dos doentes internados sofreram eventos adversos, dos quais 53,2% eram evitáveis. Em 58,2% dos casos, houve prolongamento do tempo de internamento, em média de 10,7 dias (4).

Na actualidade, os Cuidados de Saúde são um sistema complexo, de elevado risco, que serve uma população cada vez mais idosa e com mais co-morbilidades. Com o avanço tecnológico, os procedimentos são cada vez mais ousados e complexos, o que permite aumentar o leque de tratamentos, mas acarreta um aumento do risco associado, isto é, a probabilidade de ocorrência de um evento adverso. Por evento adverso entende-se uma ocorrência negativa não intencional, consequência do tratamento e não da doença que lhe deu origem, causando dano que pode ser desde uma simples alteração no fluxo de trabalho até dano grave permanente ou morte do doente (5). Alguns dos eventos adversos não são totalmente evitáveis, mas podem ser minimizados. O erro médico é o dano não intencional, provocado ao doente pela acção (comissão) ou inação (omissão) do médico, no exercício da profissão. Os erros por comissão (realização de ato errado) são mais raros do que os erros por omissão (não realização de ato a que estaria obrigado).

A gestão dos erros tem duas fases distintas, a prevenção e a análise dos erros ocorridos. Esta última fase é fundamental para a prevenção de novos erros e, de certa forma, para a amplificação do sistema de gestão do erro.

São várias as causas que podem levar ao erro: distração por múltiplas tarefas em simultâneo, engano na aplicação das regras, erros por desconhecimento, pouco treino e falta de supervisão nos procedimentos invasivos, registos clínicos incompletos com omissões e o medo de reportar erros que impedem a prevenção de novos erros. A fadiga, o stress, a pressão do tempo, as falhas de comunicação e de liderança em equipa são facilitadoras do erro.

Os *Never Events*, eventos inadmissíveis ou erros que nunca deveriam acontecer, são erros inequívocos (claramente identificáveis e mensuráveis), graves (resultando em morte ou incapacidade significativa) e geralmente evitáveis. Por regra, existe uma fonte conhecida de risco para o evento, ocorre durante a prestação de cuidados, existem orientações nacionais e/ou recomendações de segurança nacional para a prevenção do mesmo e apoio para a sua implementação. O evento é em grande parte evitável se as

orientações forem implementadas pelo que o risco da sua ocorrência pode ser significativamente influenciado pelas políticas e procedimentos de uma instituição.

De acordo com o modelo de James Reason, os erros ocorrem por fatores organizacionais e deficiências no sistema. O somatório de várias falhas no sistema pode conduzir a um erro/acidente. Os profissionais envolvidos podem cometer erros por lapsos, enganos ou por violação negligente das regras (5). Um Sistema Seguro assume que qualquer profissional pode errar e a compensação passa um processo de melhoria contínuo, baseado na criação de protocolos, de fluxogramas, de alertas, de barreiras de segurança e de auditorias.

Como afirmou Sir Liam Donaldson, responsável pelas iniciativas da Segurança do Doente da OMS, “Errar é humano, encobrir é indesculpável e não aprender com os erros é imperdoável”. Para aprender com o erro, é crucial haver uma cultura positiva e não punitiva do erro e a percepção clara da sua existência, essencial à sua prevenção. É importante avaliar as causas do evento, as falhas no sistema, procurar minimizar os danos para o doente e profissional e prevenir novas ocorrências. Para reduzir o risco na Saúde, e consequentemente o erro, foram importadas práticas de diversos campos da Indústria, como a aviação e a engenharia nuclear. São exemplos disso a notificação de incidentes, a *Root Cause Analysis*, a *utilização de Checklists Aviationstyle*, a *crew resource management* modelo de treino de trabalho em equipa em situações de crise baseado na aviação e a Simulação (doente e cenários clínicos) como uma ferramenta de ensino e treino.

Em Portugal, o plano nacional para a segurança do doente 20152020 define como objetivos estratégicos para a prevenção do erro: 1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; 2. Aumentar a segurança da comunicação; 3. Aumentar a segurança cirúrgica; 4. Aumentar a segurança na utilização da medicação, 5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes; 6. Prevenir a ocorrência de quedas, 7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão, 8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção do incidentes e 9. Prevenir e controlar as infeções e resistências aos antimicrobianos.

As notificações de eventos permitem fortalecer a segurança do doente através de um processo de aprendizagem contínuo. Devem ser não puni-

tivas e garantir o anonimato do notificante e a confidencialidade. A sua análise deve ser focada no evento propriamente dito e no processo subjacente e não nos profissionais envolvidos. Desta análise resultarão acções de melhoria na segurança. Estima-se que por cada 20 erros, apenas um é notificado, ou seja, os eventos reportados constituem apenas a parte visível do iceberg que representa o total dos eventos.

Além dos sistemas de notificação já existentes em múltiplas instituições, a DGS criou um Sistema Nacional de Notificação de Eventos apelidado de “NOTIFICA”, uma plataforma destinada à gestão de incidentes ocorridos no Sistema de Saúde, na qual o cidadão ou o profissional de saúde podem os incidentes relacionados com a prestação de cuidados de saúde, com a violência contra profissionais de saúde ocorrida no local de trabalho e com a utilização de dispositivos médicos cortoperfurantes. Este sistema, contudo, tem tido uma taxa de adesão baixa por parte de utentes e profissionais.

A *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, é uma organização independente e autónoma para a acreditação de instituições de saúde, identificou as falhas na comunicação como o fator responsável em mais de 65% dos eventos mais graves, os eventos sentinela (6). Assim, apostar na formação organizacional e pessoal nomeadamente na comunicação e trabalho de equipa é essencial para reduzir a incidência de eventos adversos graves.

Além do anteriormente referido, constituem medidas importantes na prevenção do erro: 1. a criação e divulgação de protocolos para padronização de determinadas práticas; 2. a instituição de alertas de segurança em áreas como a do medicamento (interações medicamentosas /medicação de Risco/ medicação LASA *Look Alike, Sound Alike*), alergias, quedas e identificação do doente são importantes medidas na prevenção do erro associado aos cuidados de saúde; 3. A introdução de *checklists* de segurança em várias áreas com destaque para a área cirúrgica.

Para que ocorra um processo de melhoria contínua, a implementação destas e de outras medidas deve ser monitorizada e auditada. Nas auditorias é fundamental o envolvimento dos profissionais envolvidos na realização dos procedimentos a auditar, e devem ser interpretadas como uma ferramenta para medir e melhorar a prática clínica e não como uma inspeção.

Apesar de todas as medidas de segurança, teremos sempre incidentes e erros. Desde a antiguidade que existe uma sacralização do ato médico,

onde o erro é interpretado como a antítese do poder de curar atribuído ao médico. O erro é assim impensável para o doente e família e é conotado como negligência/ falta de profissionalismo criando em torno do médico uma obrigatoriedade de sucesso.

O erro desperta no doente e na família sentimentos como medo /angústia, isolamento, culpa, raiva, impotência e preocupação (7). Também no profissional de saúde, o erro desperta sentimentos de temor, de medo, de punição, de isolamento, de culpa, de vergonha, de impotência, de preocupação com o trabalho, com a sua reputação, de dúvida de si mesmo e de raiva (8). O profissional é sem dúvida a segunda vítima do erro, facto que não deve ser esquecido.

Perante o erro, o mesmo deve ser comunicado ao doente/família. Existem, contudo, algumas barreiras à comunicação do erro criadas pelas dúvidas em relação a benefícios da sua comunicação, o medo de causar sofrimento desnecessário ao doente e à família, o receio de acções judiciais e a falta de formação na divulgação de erro (9).

A partilha e a análise do erro, através das notificações e das reuniões de morbimortalidade permite a prevenção de erros futuros e ajuda à vivência dos mesmos pelos profissionais. Saber comunicar o erro ao doente e à família, assumir a continuidade dos cuidados pode contribuir para reduzir a revolta e o risco de acções judiciais. O doente tem o direito de receber informação, honesta e partilhada com compaixão, e o médico deve ser capaz de colocar as necessidades dos seus doentes acima das suas (10). No caso de o erro ocorrer com outro médico da equipa, a comunicação deve ser feita pelo médico mais experiente e com maior relação com o doente e os médicos envolvidos devam estar presentes, evitando assim mensagens divergentes e assumindo uma responsabilidade partilhada (10).

Em conclusão, a Gestão do Risco em Saúde é um processo “vivo”, de melhoria contínua, que implica estabelecer o contexto, identificar os riscos, avaliá-los e controlá-los. Mas, para criar uma Cultura de Segurança, é importante que os profissionais de saúde não a sintam como uma ameaça à sua autoridade e autonomia. É fundamental ter uma cultura positiva e não punitiva do erro, aprender e difundir esta aprendizagem para aumentar a segurança de todos.

Após a ocorrência do erro, o doente e a família devem ser informados e apoiados, garantindo a continuidade dos cuidados. Por outro lado, o pro-

fissional deve ser motivado para notificar, não deve ser culpabilizado, deve participar na análise do processo e apoiado psicologicamente, se necessário.

REFERÊNCIAS:

1. Lloyd, Geoffrey, ed. (1983). *Hippocratic Writings* (2nd ed.). London: Penguin Books. p. 94.
2. Leape LL, Berwick DM. Five years after To Err Is Human: what have we learned? *JAMA*. 2005 18;293(19):238490.
3. Aranaz Andrés JM, Aibar Remón C, Vitaller Burillo J, Requena Puche J, Terol García E, Kelley E, Gea Velazquez de Castro MT; ENEAS work group. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). *Int J Qual Health Care*. 2009; 21(6):40814.
4. https://www.ensp.unl.pt/investdesenvolnov/projetos/brochura_estudo_ea2011.pdf
5. José Fragata. *Risco Clínico – Complexidade e performance*. Editora Almedina. 2006
6. FayHillier TM1, Regan RV, Gallagher Gordon M. Communication and patient safety in simulation for mental health nursing education. *Issues Ment Health Nurs*. 2012; 33(11):71826.
7. Delbanco T, Bell SK. Guilty, afraid, and alonestruggling with medical error. *N Engl J Med*. 2007; 25;357(17):16823.
8. Wu AW Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 2000;18;320(7237):7267.
9. Gallagher TH1, Levinson W. Disclosing harmful medical errors to patients: a time for professional action. *Arch Intern Med*. 2005; 12;165(16):181924.
10. Gallagher TH, Mello MM, Levinson W, Wynia MK, Sachdeva AK, Snyder Sulmasy L, Truog RD, Conway J, Mazor K, Lembitz A, Bell SK, SokolHessner L, Shapiro J, Puopolo AL, Arnold R. Talking with patients about other clinicians' errors. *N Engl J Med*. 2013; 31;369(18):17527.

DOCUMENTOS DO CENTENÁRIO

Graças a dois associados e colaboradores, o Prof. Walter Osswald e a Dr^a Ana Sarmento, foi possível obter o documento que agora publicamos. Trata-se do discurso pronunciado pelo Bispo do Porto, Senhor D. António Barroso, no primeiro Congresso dos Médicos Católicos, realizado no Porto em 25 de Outubro de 1915.

No n.º 2/2015 da revista «Acção Médica» foi publicada uma breve história do nascimento da Associação, em 25 de Março de 1915, salientando-se a acção desse extraordinário Bispo que foi D. António Barroso. O discurso então proferido no primeiro congresso, sobre a origem da Vida, veio publicado em «Vida Catholica», com o título SCIENCIA E RELIGIÃO. Transcrevemo-lo a seguir tal como foi impresso.

Discurso do Bispo do Porto 25 /Outubro/1915

Meus Senhores:

É com o mais vivo júbilo que saúdo os illustres e dedicados médicos, hoje aqui reunidos em Congresso, em nome dos salutareis princípios catholicos.

O médico é um admirável bemfeitor da humanidade, e no exercício da sua nobre e difficil profissão, encontra-se não raro ao lado do padre, chamado pela voz imperiosa do dever à cabeceira do enfermo, para lhe aureolar a alma com a luz bemdicta da graça e lhe incutir coragem e resignação nas aperturas do soffrimento.

Ao auscultardes o corpo humano, formosa estátua de linhas perfectas, animada pelo sopro pujante da vida, que, com os recursos maravilhosos da sciencia, procurais prolongar, vós, como os mais altos

representantes do pensamento humano, encontraes n'essa obra portentosa o traço inconfundível de Deus. Por isso, com a fé robusta de Pascal, de Pasteur, vos inclinaes reverentes deante de Deus, auctor inconfundível do organismo humano e senhor augusto da vida...

A vida é bella; estremece na fibra da herva e no roble das florestas; palpita no insecto que rasteja no prado e na águia que corta triumphalmente os ares; no peixe que cruza o oceano e na fera que ruge nos bosques; tem ostentações de força no leão e fulgurações surprehendentes no homem.

D'onde vem, pois, a vida, tão admirável no seu movimento íntimo e em todos os seus phenómenos?

Das forças phísicas e chímicas da matéria, respondem, como Huxley e Haeckel, os adversários da crença tradicional.

Pasteur, cujo nome só por si vale uma imponente academia, vibrou um golpe decisivo na theoria materialista. Após laboriosas investigações e empregando os mesmos processos dos seus contradictores, principalmente os de M. Pouchet, professor de Zoologia em Rouen e de M. Joly, professor em Toulouse, mas evitando cuidadosamente as causas dos seus erros, o immortal Pasteur concluía triumphalmente pela falsidade da chamada geração espontânea.

As experiencias de Pasteur foram submetidas em 1863 à Academia das Sciencias e M. Flourens referiu-se a ellas com estas expressões significativas: «As experiencias de M. Pasteur são decisivas... É não comprehender a questão ter dúvidas ainda».

E em plena Academia, dizia Pasteur, gloria incomparável da sciencia: – «Eu vejo por toda a parte a inevitável expressão da noção do Infinito no mundo. Por ella o sobrenatural está no fundo de todos os corações. A ideia de Deus é uma forma da ideia do Infinito. Enquanto pesar sobre o pensamento humano o mysterio do Infinito serão levantados templos ao seu culto, e no pavimento desses templos vereis homens ajoelhados, prostrados, mergulhados no pensamento do Infinito».

Os auctores da geração espontânea não abandonaram por completo a sua these.

Os seus últimos combates tornaram-se célebres pela curiosa aventura do *Bathybius*. Descoberto pelo inglez Huxley em 1868, foi

apresentado em 1870 na Alemanha pelo coripeu do transformismo, Haeckel, como uma substância orgânica formada espontaneamente e sem gérmen. O governo inglez confiou a uma comissão scientifica o encargo de explorar os fundos dos mares. Em face dos trabalhos e investigações dessa comissão, que se manteve durante três annos a bordo do «Challenger» o próprio Huxley reconheceu o seu erro, que já desde 1878 assignalara o espírito perspicaz de Lapparent, egrégio professor do Instituto Catholico de Paris.

Em 1877, dizia Virchow no congresso dos naturallistas alemães em Munich: «A geração espontânea seria por certo uma bella coisa, mas devemos-lo confessar: ella não está provada de modo algum. Depois do lamentável mallogro de todas as experiências em favor dessa theoria, duvidamos que ella possa ser acceita como patenteando a origem da vida».

Em 1879, no Congresso da Associação Britannica, Huxley enterava com todas as honras o ridículo *Bathybius*, perante o riso da importante assembleia.

Fica, pois, exuberantemente demonstrada a impossibilidade da geração espontânea. Por conseguinte, a vida não provem só das forças chemicas da natureza. Querer explicar a vida, mesmo a mais íntima, só pelas forças physicas, é simplesmente anti-scientifico, concluiu com razão o sábio professor inglez Talt.

Para explicar satisfatoriamente a vida é preciso recorrer a Deus.

Sobre o problema da nossa origem, a sciencia, no que ella tem de certo e seguro, não se oppõe de forma alguma às nossas crenças.

Um historiador de merecida fama, Charles Lenormant, terminava com estas palavras uma das suas preciosas lições na Sorbonne: – «Eu quiz apenas ser um sábio, para escapar à minha consciência que me obrigava a ser christão, mas eu encontrei o christianismo embuscado na sciencia; ele esperava a passagem com a sua verdade triumphante.

Sob o título – *Os sábios teem fé?* – publicou, há ainda poucos annos, um protestante alemão, o dr. Dennest, um interessante livro, onde regista as impressões religiosas de 900 sábios, que durante os últimos quatro séculos mais se notabilisaram nas scencias naturais – botânica, physica, chimica, astronomia, physiologia, geologia.

Nos séculos 16 e 17 o dr. Dennest cita 89 sábios ilustres, sendo crentes 79 d'entre eles, e os mais célebres: Copernico, Kepler, Galilleu, Descartes, Pascal, Leibnitz e Newton.

No século 18 há 55 sábios célebres, sendo apenas cinco d'elles incrédulos ou indiferentes, ao lado de homens religiosos como Lavoisier, Herschell, Linneu, Verrier, Bradley. No século 19 contam-se 167 sábios ilustres, entre os quais se nomeiam somente doze incrédulos. Que pleiade brilhante: Ampère, Cauchy, J. B. Durrias, Hermitte, Hauy, Faraday, Pasteur... Resumindo: entre os trezentos sábios modernos apontados pelo dr. Dennest, enumeram-se 242 espiritualistas convictos, que rejeitam em toda a linha o materialismo, proclamando bem alto o accordo entre a sciencia e a religião, entre a razão e a fé.

Razão e Fé são dois raios que partem do mesmo foco, dois rios que correm da mesma fonte; esse foco, essa fonte, é Deus, *Deus scientiarum Dominus est.*

É em nome de Deus, que o grande Newton não pronunciava sem se descobrir, e que Faraday fez aplaudir no seu curso de Instituição Real de Londres, é em nome de Deus – senhor da luz e centro de toda a verdade – que eu declaro aberto este prestigioso Congresso dos médicos catholicos do meu paiz, desejando aos seus trabalhos o mais seguro êxito para bem da nossa augusta Religião e da nossa Pátria querida.



A PALAVRA DO PAPA

MEDICINA e Compaixão

Cerca de 150 Dirigentes das Ordens dos Médicos da Espanha e América Latina reunidos em Roma, encontraram-se com o Papa Francisco na quinta-feira, 2 de Junho.

No seu discurso, o Pontífice destacou que “este ano a Igreja Católica celebra o Jubileu da Misericórdia”. Este encontro é “uma boa ocasião para manifestar reconhecimento e gratidão a todos os profissionais da saúde que, com sua dedicação, proximidade e profissionalismo, dirigido às pessoas que padecem uma enfermidade, se podem tornar uma verdadeira personificação da misericórdia”.

“A identidade e o compromisso do médico não se apoia somente na sua ciência e competência técnica, mas principalmente na sua atitude compassiva e misericordiosa para os que sofrem no corpo e no espírito. A compaixão é de alguma forma a alma da Medicina. A compaixão não é lástima, é padecer-com”, disse ainda Francisco.

“Na nossa cultura tecnológica e individualista, a compaixão nem sempre é bem vista. Em algumas ocasiões é desprezada porque significa submeter quem a recebe a uma humilhação. Não faltam aqueles que se escondem atrás de uma suposta compaixão para justificar e aprovar a morte de um doente. Não, a verdadeira compaixão não marginaliza ninguém, não o humilha e nem o exclui, nem muito menos considera como algo bom o seu desaparecimento.”

“Vós sabeis muito bem que isso significaria o triunfo do egoísmo, dessa cultura do descarte que rejeita e despreza as pessoas que não obedecem

a determinados padrões de saúde, beleza e utilidade. Eu gosto de abençoar as mãos dos médicos como sinal de reconhecimento a esta compaixão que se torna carícia de saúde”, frisou o Papa.

“A saúde é um dos dons mais preciosos e desejados por todos. Na tradição bíblica sempre se destacou a proximidade entre salvação e saúde, bem como suas implicações mútuas e numerosas. Eu gosto de lembrar o título com o qual os Padres da Igreja denominam Cristo e sua obra de salvação: *Christus medicus*. Ele é o Bom Pastor que cuida da ovelha ferida e conforta a enferma. Ele é o Bom Samaritano que não passa distante da pessoa ferida ao longo do caminho, mas viu, teve compaixão, aproximou-se dela e fez curativos.”

“A tradição médica cristã sempre se inspirou na parábola do Bom Samaritano. É um identificar-se com o amor do Filho de Deus que passou fazendo o bem e curando todos os oprimidos. Quanto bem faz à Medicina pensar e sentir que a pessoa doente é nosso próximo, que é de nossa carne e sangue, e que em seu corpo dilacerado se reflete o mistério da carne do próprio Cristo! «Todas as vezes que vocês fizeram isso a um dos menores de meus irmãos, foi a mim que o fizeram», disse Francisco citando um versículo do Evangelho de Mateus.

“A compaixão é a resposta adequada ao valor imenso da pessoa enferma, uma resposta feita de respeito, compreensão e ternura, porque o valor sagrado da vida do doente não desaparece e não se escurece nunca, mas brilha com mais esplendor no seu sofrimento e desamparo.”

O Papa aconselhou a entender bem a recomendação de São Camilo de Lellis ao tratar os doentes: «Ponham mais coração nas mãos». “A fragilidade, a dor e a enfermidade são uma provação dura para todos, inclusive para os médicos, são uma chamada à paciência e ao padecer-com. Por isso, não se pode ceder à tentação funcionalista de aplicar soluções rápidas e drásticas, movidos por uma falsa compaixão ou por meros critérios de eficiência e redução de custos. Está em jogo a dignidade da vida humana. Está em jogo a dignidade da vocação médica”, sublinhou o pontífice.

Francisco agradeceu a todos os presentes pelos esforços que realizam a fim de dignificar todos os dias a sua profissão e acompanhar, cuidar e valorizar o dom imenso que as pessoas doentes significam.

(Informações cedidas por Rádio Vaticano para Zenit.org, 9 de Junho, 2016)



TEMAS ACTUAIS

- **UM FILHO É UMA DÁDIVA**
- **LIBERDADE DE ENSINO**
- **CIÊNCIA E TECNOLOGIA:
Neuroestética e Psicoterapia**
- **TRANSEXUALIDADE**
- **RELATIVISMO RELIGIOSO e
TOTALITARISMO ANTICRISTÃO**

TEMAS ACTUAIS**UM FILHO É UMA DÁDIVA****Pedro Vaz Patto***

Numa indiferença quase geral, que contrasta com o que se tem verificado noutros países a propósito de questões idênticas (em França ou na Itália, por exemplo), o nosso Parlamento discutiu alterações à legislação sobre procriação medicamente assistida de importante relevo ético.

Uma delas, que acabou por ser aprovada em votação final, traduz-se no alargamento do acesso a essas técnicas por parte de mulheres sem parceiro masculino. Assim se elimina a regra de que esse é um meio de procriação subsidiário, destinado a suprir uma infertilidade patológica, passando a poder ser encarado como um meio alternativo de procriação, ou seja, um instrumento de realização de qualquer projeto parental possibilitado pelo desenvolvimento científico. E torna-se lícito privar a criança da figura paterna, de forma deliberada e programada.

Ninguém é mãe sozinha e ninguém é pai sozinho. Não se trata de um desígnio a corrigir ou anular, como se não tivesse sentido. Cada um dos sexos não pode deixar de reconhecer, assim, a importância do outro. Assim se exprime a estrutural relacionalidade da pessoa humana, que se realiza na comunhão. Essa comunhão está na origem da vida a partir da unidade da diversidade mais elementar: a que distingue homens e mulheres. Da riqueza da dualidade sexual nasce a vida. Associar a geração da vida à comunhão e ao amor (a vida é fruto do amor e do amor nasce a vida), e à riqueza da dualidade sexual, não é um “engano” da natureza, mas um desígnio maravilhoso a aceitar e acolher.

* Juiz de Direito; Presidente da Comissão Nacional Justiça e Paz

A alteração proposta pretende consagrar uma visão radicalmente diferente: a procriação como instrumento de realização de um projeto individual, e não relacional. O filho tende, assim, muito mais, a ser encarado como espelho do único progenitor, e já não como dom a acolher na sua alteridade e unicidade. Passa a ser visto como objeto de um direito que se reivindica. É o “direito à parentalidade” que está em jogo – afirma-se em defesa do projeto em discussão.

A procriação medicamente assistida tem sido encarada, à luz da lei vigente (que não deixa de ser também merecedora de críticas) como forma de suprir a infertilidade, não como alternativa à procriação natural. Não é um instrumento ao serviço de “novas formas de família”. A criança gerada através de procriação medicamente assistida tem direito a uma família como as outras, a uma família tanto quanto possível próxima da que tem origem na procriação natural.

Não se trata de impor um modelo de família ou uma forma de encarar a maternidade. Trata-se de dar primazia ao bem do filho. E o bem do filho exige que ele seja fruto de uma relação, e não de um projeto individual. E exige que ele não seja intencionalmente privado de um pai.

Na recente exortação apostólica *Amoris Laetitia* (172), o Papa Francisco, depois de afirmar o direito de toda a criança receber o amor de uma mãe e de um pai, «*ambos necessários para o seu amadurecimento íntegro e harmonioso*», afirma: «*Não se trata apenas do amor do pai e da mãe separadamente, mas também do amor entre eles, captado como fonte da própria existência, como ninho acolhedor e como fundamento da família. (...) é juntos que eles ensinam o valor da reciprocidade, do encontro entre seres diferentes, onde cada um contribui com a sua própria identidade e sabe também receber do outro.*»

Outra questão também em discussão, esta ainda com possibilidades de vir a ser rejeitada em segunda votação, após o veto do Presidente da República, tem a ver com a legalização da “maternidade de substituição”.

Uma prática que movimentos feministas de vários países (que confluem na plataforma internacional *Stopsurrogacynow*) vêm denunciando vigorosamente como de exploração das mulheres mais vulneráveis, que chegam a comparar à escravatura. O projeto em discussão no Parlamento é

apresentado com a marca de uma política “progressista”, quando, noutros países, muitas são as vozes tidas por “progressistas” e “de esquerda” (não todas – é certo) que rejeitam essa legalização.

É verdade que o projeto em questão veda a exploração comercial da prática, onde residiriam os maiores riscos de exploração das mulheres pobres. Afirma, porém, o manifesto feminista italiano *Se non ora quando-Libere*, que a “maternidade de substituição” nunca é um ato de liberdade ou de amor, é sempre um ato de desespero. A experiência tem revelado a extrema dificuldade em impedir a comercialização encapotada por detrás da suposta não onerosidade dos contratos. Só situações de grande carência económica levam mulheres a sujeitar-se a tão traumatizante experiência (não é por acaso que a prática se vem difundindo na Índia) e essa sujeição não pode considerar-se expressão autêntica de liberdade. Mesmo que assim não seja em situações excepcionais (e nenhuma lei se destina a situações excepcionais, mas às que são regra), a generosidade da mulher não pode ser aproveitada para justificar uma prática que representa sempre uma forma de exploração desumana. Sim, porque os malefícios da “maternidade de substituição” não dependem do seu carácter comercial.

Com a legalização da “maternidade de substituição, quer o filho, quer a mãe, são reduzidos a objeto de um contrato (seja ele oneroso ou não). O abandono da criança é não um evento inevitável que deva ser remediado através da adoção, mas uma consequência deliberadamente programada, institucionalizada pela lei, a qual veda a obrigação mais espontânea e natural que existe: a de assumir a vida que se gerou.

A mãe gestante não pode deixar de viver a gravidez como sua e de sofrer com o abandono do filho que lhe é imposto. O útero é inseparável do corpo e da pessoa, não é um alojamento temporário, ou um instrumento técnico. A mulher não é uma máquina incubadora. A gravidez não é uma atividade como qualquer outra; transforma a vida da mulher, física, psicológica e moralmente. Impor contratualmente uma obrigação de abandono do filho que se gerou é, como afirma a filósofa feminista francesa Sylviane Agacinsky, «*violentar sentimentos humanos profundos e legítimos*» e «*ferir emoções humanas elementares*».

O filho nunca deixa de sentir esse abandono. Cada vez se conhece melhor os intercâmbios entre a mãe gestante e o feto e a importância desse

intercâmbio para o salutar desenvolvimento físico, psicológico e afetivo deste. A criança não poderá experimentar a segurança de reconhecer, depois do nascimento, o corpo onde habitou durante vários meses.

Quando a mãe gestante é familiar da mãe requerente, poderá estar afastado qualquer resquício de exploração comercial. Mas suscitam-se gravíssimas consequências, que já foram designadas como “curto-circuito geracional”: a criança com uma mãe gestante que é, simultaneamente, sua avó ou sua tia.

Em todas estas questões, há que ter presente, acima de tudo, que um filho não pode ser considerado objeto de um direito ou de um desejo, mas um dom a acolher (um dom que também pode ser acolhido através da adoção, quando orientada para o bem da criança).

São luminosas as palavras do Papa Francisco na exortação apostólica *Amoris Laetitia* (170): «[o filho] não é um complemento ou uma solução para uma aspiração pessoal, mas um ser humano, com um valor imenso, e não pode ser usado para benefício próprio. Por conseguinte, não é importante se esta nova vida te será útil ou não, se possui características que te agradam ou não, se corresponde ou não aos teus projetos e sonhos. Porque “os filhos são uma dádiva! Cada um é único e irrepetível (...). Um filho é amado porque é filho: não, porque é bonito ou porque é deste modo ou daquele, mas porque é filho! Não, porque pensa como eu, nem porque encarna as minhas aspirações. Um filho é um filho”.»

TEMAS ACTUAIS**LIBERDADE DE ENSINO**

O Secretariado Nacional da Pastoral da Cultura publicou em 04.05.2016 um conjunto de textos orientadores sobre a liberdade de ensino, que são, no seu conjunto, uma resposta à política estatizante e laicisante que vem a ser seguida.

- I -

«Os pais, cujo primeiro e inalienável dever e direito é educar os filhos, devem gozar de verdadeira liberdade na escolha da escola. Por isso, o poder público, a quem pertence proteger e defender as liberdades dos cidadãos, deve cuidar, segundo a justiça distributiva, que sejam concedidos subsídios públicos de tal modo que os pais possam escolher, segundo a própria consciência, com toda a liberdade, as escolas para os seus filhos.

De resto, é próprio do poder público providenciar para que todos os cidadãos possam alcançar uma justa participação na cultura e sejam preparados para exercer devidamente os deveres e os direitos civis. Portanto, o mesmo poder público deve defender o direito das crianças a uma adequada educação escolar, velar pela competência dos professores e pela eficácia dos estudos, atender à saúde dos alunos e, em geral, promover todo o trabalho escolar, tendo em consideração o dever da subsidiariedade e, portanto, excluindo o monopólio do ensino, que vai contra os direitos inatos da pessoa humana, contra o progresso e divulgação da própria cultura, contra o convívio pacífico dos cidadãos e contra o pluralismo que vigora em muitíssimas sociedades de hoje.»

*Declaração “Gravissimum Educationis”
[Concílio Vaticano II], 1965, n. 6*

- II -

«Um princípio irrenunciável para a Igreja é a liberdade de ensino. O amplo exercício do direito à educação reivindica por sua vez, como condição para sua autêntica realização, a plena liberdade que deve gozar toda pessoa para escolher a educação de seus filhos que considere mais adequada aos valores que eles mais estimam e que consideram indispensáveis.

Pelo facto de haverem dado a vida aos filhos, os pais assumiram a responsabilidade de lhes oferecer condições favoráveis para seu crescimento e a séria obrigação de educá-los. A sociedade precisa de os reconhecer como os primeiros e principais educadores. O dever da educação familiar, como primeira escola de virtudes sociais, é de tanta transcendência que, quando falta, dificilmente pode ser suprida. Esse princípio é irrenunciável.

Esse direito intransferível, que implica uma obrigação e que expressa a liberdade da família na esfera da educação, pelo seu significado e alcance, precisa de ser decididamente garantido pelo Estado. Por essa razão, o poder público, a quem compete a proteção e a defesa das liberdades dos cidadãos, atendendo à justiça distributiva, deve distribuir as ajudas públicas – que provêm dos impostos de todos os cidadãos – de tal maneira que a totalidade dos pais, independente de sua condição social, possam escolher, segundo a sua consciência, entre uma pluralidade de projetos educativos, as escolas adequadas para os seus filhos. Esse é o valor fundamental e a natureza jurídica que fundamenta a subvenção escolar.

Portanto, a nenhum sector educacional, nem sequer ao próprio Estado, se pode outorgar a faculdade de se reservar o privilégio e a exclusividade da educação dos mais pobres, sem com isso infringir importantes direitos. Desse modo, promovem-se direitos naturais da pessoa humana, da convivência pacífica dos cidadãos e do progresso de todos.»

5.ª Conferência Geral do Episcopado Latino-Americano e do Caribe, “Documento de Aparecida”, 2007, nn. 339-340

- III -

«O dever de educar, que pertence primariamente à família, precisa da ajuda de toda a sociedade. O Estado presta um serviço à comunidade nacional e à sociedade civil, no campo da educação. Enquanto suporte e organizador da iniciativa da sociedade civil, é sua tarefa fundamental defender os direitos e deveres educativos dos pais e apoiar as instituições que os completem na responsabilidade da educação. Segundo o princípio de subsidiariedade, deve suprir as falhas dos pais, sem, todavia, contrariar os seus legítimos e justificados desejos, assim como criar as estruturas indispensáveis, escolas ou outras instituições, na medida em que o bem comum o exigir.

É próprio do Estado garantir que todos os cidadãos tenham acesso a uma participação activa e consciente na riqueza cultural e na vida cívica, o que exige a possibilidade de um equilibrado desenvolvimento de todas as vertentes integrantes da pessoa humana, sem exclusão de nenhuma, designadamente a religiosa, como às vezes acontece.

A bem da educação e dos seus objectivos, numa comunidade organizada, participativa e responsável, está vedado ao Estado o monopólio da educação e da sua programação segundo quaisquer diretivas ideológicas, sociais, políticas ou religiosas.

Nenhum projeto educativo é neutro; a educação é sempre intencional. A pretensão de uma educação neutra torna-se um dirigismo educativo, inadmissível numa sociedade democrática. Não pode aceitar-se a justificação da neutralidade para satisfazer o pluralismo cultural. Este resolve-se através de projectos escolares diferenciados, já que as crianças e os jovens têm o direito a uma educação dentro dos seus padrões de cultura.

O direito de ensinar e aprender, bem como o direito primário dos pais à escolha do quadro formativo de valores para os seus filhos, fundamentam o pluralismo de ofertas educativas válidas. O Estado deve apoiar projetos educativos, confessionais ou outros, e velar para que cumpram o serviço à educação, no respeito pela diversidade de opções.

Conferência Episcopal Portuguesa, Carta Pastoral Sobre a Educação: “Direito e Dever – Missão Nobre ao Serviço de Todos”, nn. 21-22, 2002)

TEMAS ACTUAIS***Ciência e Tecnologia:*
NEUROESTÉTICA E PSICOTERAPIA****Maria Emilia M. Pacheco**

No último dia 11 de Dezembro (2015), na Universidade Pontifícia Regina Apostolorum, em Roma, foi realizado o seminário público “Experiência imaginativa e neuroestética”, do GN (Grupo de Neurobioética), que eu tenho a honra de coordenar faz alguns anos. Os palestrantes foram dois profissionais da psiquiatria e da psicoterapia, o Dr. Alberto Passerini, psiquiatra e psicoterapeuta, diretor da Escola de Especialização com o Processo Imaginativo, e a Dr^a Manuela De Palma, psicóloga e psicoterapeuta da mesma escola.

Apresentando o tema, o Dr. Passerini explica-nos em primeiro lugar que “a Neuroestética investiga as bases neurais da criação artística, ligando a experiência perceptiva das artes visuais com a fruição do observador. A psicoterapia com a experiência imaginativa (Passerini 2009), tradução mais recente do Rêve-Eveillé idealizado por Robert Desoille em Paris nos anos 1920, se baseia numa pesquisa original com aberturas ao mundo do imaginário, chave de leitura das relações humanas, da cultura, das artes expressivas, da estética e do transcendente. Propõe uma interação sinérgica entre psicanálise, neurociências e imaginário, de onde o encontro com a neuroestética na codificação do caminho régio de acesso a várias camadas e áreas mais ou menos cifradas da consciência. A partir de uma imagem simbólica comunicada verbalmente pelo terapeuta, o paciente inicia uma narração daquilo que o eu “sente”, dando ouvidos a vozes interiores emitidas em imagens que, por sua vez, são expressão do significado a que remetem”.

A ideia que é apresentada nasce de uma recente evolução do método, explica o Dr. Passerini, segundo a qual as solicitações de acionamento da experiência imaginativa, visuais, feitas a partir da arte da pintura, como alternativa às solicitações verbais utilizadas classicamente, mostram ter um valor agregado para chegar a camadas de consciência menos ou mais profundas. A consequente hipótese é que, sendo as “imagens” visuais pré-verbais, elas ativam uma representação baseada em relações gráfico-espaciais da percepção em vez de relações abstratas, como fazem as propostas verbais.

De acordo com Paul Klee, “...a arte não retira a percepção da realidade, mas a cria”.

Os dois psicoterapeutas que participaram deste seminário do Grupo de Neurobioética afirmam que “o desafio que se quer lançar é a hipótese de pesquisa que poderia ser apoiada pela correlação com a ‘ascensão’ de áreas específicas do cérebro, registrada durante experiências imaginativas induzidas experimentalmente”.

Depois de introduzir esta metodologia psicodinâmica específica, foram esclarecidos os fundamentos epistemológicos que sustentam o uso de obras de arte na psicoterapia. “O projeto, assim como o método da EI (experiência imaginativa), é baseado em certas premissas epistemológicas da filosofia do diálogo, segundo as quais ‘a linguagem é a casa do ser’ (Heidegger 1958) e existe um ‘isomorfismo entre linguagem e significado’ (Ales Bello, Manganaro 2012); a linguagem por imagens é uma linguagem analógica e permite ativar uma imaginação criativa ou um movimento psíquico que realiza uma narrativa com alta taxa de ‘revivência’ sensorial, criatividade e senso estético (Coste 2003). Pelas neurociências, sabemos que o processo perceptivo-imaginativo se baseia em duas modalidades, resumidas pela Teoria Pictórica e pela Teoria Estrutural (Slotnick 2008), teorias que se correlacionam com o que emerge no imaginário onde as variáveis formais podem coincidir com as representações pictóricas e as de conteúdo com as representações estruturais.

De acordo com o filósofo Roger Caillois, que define a função imaginativa como um labirinto de alegorias onde cada um pode encontrar o que lhe convém, desde que retirado por uma coerência subterrânea de imagens “desconcertantes”, a imaginação criativa, em uma “concepção extensiva”

(2004), abraçaria tudo o que se desvia de uma reprodução fotográfica do real, enquanto, de acordo com uma “concepção restritiva”, ficaria circunscrita a uma área mínima central. A imagem, deste modo, não se limita a ilustrar um texto, ou seja, a traduzir palavras em imagens, mas dispensa ao iniciado uma revelação inefável, lhe sugere uma visão instantânea e total que escaparia à limitação da palavra (Caillois 2004). A este respeito, Merleau-Ponty distingue o que é visível às ciências e o que é visível ao poeta (mas invisível às ciências). Através de tudo isso, a experiência imaginativa é uma implicação que envolve a tomada de consciência que pode ser definida como “imaginar antes de saber, ao contrário do saber antes de imaginar, que é o domínio da racionalidade” (Passerini 2015).

Por fim, a análise antropológico-cultural e psicológica das obras de arte, até as pinturas pré-históricas, feita por Simeti em 1995, (cf. De Palma, Fesce, Passerini, Simeti 2013), tornou possível traçar formas primárias de sinais geometricamente identificáveis idoneas para evocar significados que agiriam sobre a percepção de forma análoga às cordas de significação aninhadas em um texto verbal, declaradas pela ciência semiótica, e que podem incluir os conteúdos latentes do “discurso” (Passerini 2015; Propp 1966). Elas gerariam no espectador um processo de simbolização e uma ressonância emocional ativadora de uma moção, favorecendo a estruturação do impulso em um sonho e a destruição de um equilíbrio para criar outro (teoria do expressionismo alemão). Dinâmica, esta última, explicada pela teoria “córtico-fugal”, que dá conta da plasticidade do cérebro no tocante a novos estímulos perceptivos que vêm através dos nossos cinco sentidos (Lerher 2008) ou na propriedade do cérebro de ativar-se para reprocessar, reconectar, reassociar, dar forma a elementos perceptivos que parecem incoerentes na percepção, como pode acontecer diante da contemplação de um quadro”.

Numa segunda fase do seminário, a Dra. De Palma aprofundou o modelo psicodinâmico da experiência imaginativa. “A psicoterapia com a experiência imaginativa aproveita a centralidade do imaginário como lugar do cuidado. A experiência imaginativa é uma porta de entrada privilegiada para a estratificação cognitiva e pré-cognitiva da consciência (Toller, Passerini 2007; Passerini 2009). Ela se coloca numa direção psicodinâmica, porque interage e mobiliza energias psíquicas. O modelo operacional pre-

vê uma circularidade entre a sessão de experiência imaginativa, a de decodificação semântico-proposicional e a análise comparativa da realidade ou das situações realistas. A produção imaginativa, durante a experiência imaginativa, é obtida a partir de uma condição específica de relaxamento subjetivo: “...É necessário, antes de tudo, a criação de um ambiente tranquilo, da semi-escuridão, de silêncio, de orientação da atenção do sujeito ao universo interior, que permita, no entanto, expressar-se com imagens visuais ou verbais, através do diálogo e da solicitação pelo psicoterapeuta...” (Desoille 2010). A fase sucessiva à da experiência imaginativa é a da decodificação semântico-proposicional: atribuição de sentido emotivo-afetivo ao material que emergiu. A relação terapêutica se coloca em uma dimensão fenomenológica de dois seres humanos que interagem com base nas necessidades de amar, ser amado e ser reconhecido nos seus valores e significados (Binswanger, 1970).

“No experimental, foram escolhidos como estímulos perceptivos visuais alguns quadros de arte do Expressionismo, corrente voltada a representar, mediante a desestruturação e a deformação do real em unidades formais mínimas representativas (Simeti 2014), os valores emocionais, expressivos e espirituais do artista e a gerar uma ressonância emocional no espectador. As unidades formais mínimas representativas que podem ser encontradas nas obras contatam unidades psíquicas isomórficas (De Palma et al. 2013), pois, como afirmava Kandinsky, “a obra de arte permite que o espectador entre em contato com estados de ânimo revestidos de formas naturais, tornando-se, neste caso, alimento espiritual” (Düchting 2012)”.

Na parte final do seminário, os dois profissionais expuseram dois exemplos clínicos. “As questões que deram origem à ideia do projeto de pesquisa nasceram da observação, durante a psicoterapia com a experiência imaginativa, de que a imagem visual (simbólica e/ou arquetípica) contém elementos perceptivos condensados maiores e explora vias perceptivas às vezes mais eficazes em comparação com a imagem verbalmente sugerida. Não só isto: será que a criatividade não poderia ser facilitada pelo componente estético ativado pela imagem visual em vez da imagem auditiva?”.

A temática que o Grupo de Neurobioética (GN) do Ateneu Regina Apostolorum está estudando neste sétimo ano de trabalho acadêmico no Instituto de Ciência e Fé e na Cátedra UNESCO em Bioética e Direitos Hu-

manos de Roma é justamente a da abordagem interdisciplinar à percepção e ao senso artístico.

Continuaremos em fevereiro a investigar os correlatos neurofisiológicos da visão humana e, em 10 de março, recolheremos esta síntese interdisciplinar sobre a neuroestética em uma conferência promovida pela prestigiosa DANA Foundation, na Semana Mundial do Cérebro (Brain Awareness Week 2016).

Por Pe. Alberto Carrara LC

TEMAS ACTUAIS**TRANSEXUALIDADE**

Numa publicação, reeditada em 13 de Maio de 2016 – embora originalmente publicada em 12 de Junho de 2014 no «*The Wall Street Journal*», o Dr. Paul R. McHugh, ex-chefe de Psiquiatria do Hospital John Hopkins, onde é actualmente professor de psiquiatria, afirmou que “os médicos que promovem a cirurgia de troca de sexo estão a colaborar com a promoção de um transtorno mental, cometendo um grave erro”.

Para o Dr. McHugh a loucura do “transgénero” actualmente promovida pelos meios de comunicação como “a próxima fronteira dos direitos civis” é, na verdade uma doença mental e promover isso é cooperar com transtornos mentais.

O ilustre professor de psiquiatria daquele hospital de fama mundial disse que “a transexualidade é um transtorno mental que merece tratamento” assim como qualquer outro transtornos mentais.

O autor de seis livros e pelo menos 125 artigos científicos, explicou que a cirurgia transexual não é a solução para as pessoas que sofrem um “transtorno de suposição” – a ideia de que a sua masculinidade ou feminilidade seja diferente do que a natureza lhes atribui biologicamente.

A fim de fundamentar a sua opinião citou um estudo que mostrou que a taxa de suicídio entre as pessoas “transgéneros”, que se submeteram à cirurgia de troca de sexo, é 20 vezes mais alta do que a taxa de suicídio entre as pessoas normais.

O Dr. McHugh destacou também estudos da Universidade de Vanderbilt e da Clínica Portman de Londres, referentes a crianças que haviam expressado sentimentos transgéneros, mas para as quais, com o tempo, 70-80% haviam “perdido espontaneamente tais sentimentos” – dando a enten-

der que muita dessa “transexualidade” era, de facto, influência de adultos que projetam tais sentimentos nas crianças.

“O governo de Obama, Hollywood e os principais meios de comunicação, como a revista “*Times*”, promovendo a transexualidade como normal”, como direito a ser defendida, disse o Dr. McHugh, “estão a cometer um grave erro de desinformação, tanto para o público quanto para o transgénero, quando deviam defender o tratamento das suas confusões, que podem e devem ser tratadas como um transtorno mental que merece a compreensão, o tratamento e a prevenção”.

“Esta sensação intensamente sentida de ser transgénero constitui um transtorno mental em dois aspectos. O primeiro é que a ideia de desalinhamento sexual é simplesmente equivocada – não corresponde à realidade física. O segundo é que pode levar a resultados psicológicos sombrios”.

Trata-se, segundo o Dr. McHugh, de um transtorno semelhante ao da pessoa com anorexia extrema que se vê no espelho e pensa que está gorda.

O género, portanto, está só na mente, independentemente da realidade anatómica, e já levou algumas pessoas transsexuais a fazerem pressão para a aceitação social e a afirmação da sua subjectiva “verdade pessoal”, escreveu o Dr. McHugh.

Como resultado disso, alguns estados – California, Nova Jersey e Massachusetts – aprovaram leis que proíbem aos psiquiatras, até mesmo com autorização dos pais, o esforço para restaurar os sentimentos naturais de género a um menor transgénero”, disse.

“É biologicamente impossível a ‘mudança de sexo’, disse McHugh. “As pessoas que se submetem à cirurgia de troca de sexo não mudam de homem para mulher, ou vice-versa. Pelo contrário, transformam-se em homens ou mulheres masculinizados ou feminilizados. Afirmar que isso é questão dos direitos civis e fomentar a intervenção cirúrgica é, na verdade, colaborar e promover um transtorno mental”.

(Enviado por Zenit.org em 25 de Maio, 2016)

TEMAS ACTUAIS**RELATIVISMO RELIGIOSO E
TOTALITARISMO ANTICRISTÃO****Pe. Anderson Alves**

Em Janeiro passado (2016) completaram-se dois anos sobre a publicação de um documento muito importante elaborado pela *Pontifícia Comissão Teológica Internacional*, que nele trabalhou entre 2009 e 2014 – “*Deus Trindade, unidade dos homens: o monoteísmo cristão contra a violência*”. A actualidade, cada vez mais evidente, da perseguição ao cristianismo e aos cristãos, torna a sua nova leitura muito conveniente.

Trata-se de um estudo do discurso cristão sobre Deus, defrontando-se com a tese segundo a qual haveria uma relação intrínseca entre monoteísmo e violência. Actualmente afirma-se que o monoteísmo, por acreditar ser o detentor de uma verdade absoluta, é fonte de intolerância e violência. Por sua vez, o politeísmo seria intrinsecamente tolerante e fundamental para a democracia. Esse pensamento pretende defender um relativismo religioso absoluto, mas acaba revelando-se como uma verdadeira forma de totalitarismo anticristão.

O documento responde duas questões: como a teologia católica se pode confrontar criticamente com a opinião cultural e política que estabelece uma relação intrínseca entre monoteísmo e violência? E como a fé no único Deus pode ser reconhecida como princípio e fonte do amor entre os homens?

O texto afirma que a fé cristã reconhece na incitação à violência em nome de Deus a máxima corrupção da religião. O cristianismo chega a esta

convicção a partir da revelação da própria intimidade de Deus, que nos chega através de Jesus Cristo. O capítulo primeiro – que expomos aqui – esclarece a noção de monoteísmo, apresentada geralmente de modo demasiado vago. Aí se afirma que as guerras interreligiosas e também a guerra contra a religião são totalmente insensatas¹.

Sendo assim, é preciso reconhecer Deus como «o princípio e o fim» da existência de cada pessoa e de toda comunidade humana. Por sua vez, o homem é naturalmente capaz de reconhecer Deus como criador do mundo e como seu interlocutor pessoal. Nesse sentido, afirma-se a existência do *homo religiosus*, a qual é deduzível da experiência religiosa dos homens.

A partir de então, podemos questionar: há umnexo necessário entre o monoteísmo e a violência? Uma pergunta estranha, pois justamente o Ocidente considerou por séculos o “monoteísmo” a forma de religião culturalmente mais evoluída, por ser o modo de pensar o divino mais congruente com os princípios da razão. De facto, a unicidade de Deus é acessível à filosofia – desde Sócrates, Platão, Aristóteles até o Deísmo moderno – e foi identificada como princípio da razão natural que precede as tradições históricas das religiões.

Ocorre que a cultura contemporânea reage às grandes ideologias do século XX, as quais pretenderam ser científicas e dirigidas a um progresso indefinido. Houve então um predomínio da busca pela verdade, a qual justificou concepções filosóficas e políticas que levaram a humanidade ao abismo das duas grandes guerras mundiais. Em oposição a isso, hoje tende-se a privilegiar a pluralidade das visões sobre o bem e sobre o justo, sem

¹ O capítulo II trata as chamadas “páginas difíceis” da Bíblia, ou seja, aquelas em que a revelação de Deus surge envolvida nas formas da violência entre os homens; o capítulo III oferece um aprofundamento do evento da morte e da ressurreição de Jesus, central para a reconciliação entre os homens; o quarto capítulo fornece uma clarificação das aproximações e implicações filosóficas do pensamento de Deus, discutindo com o ateísmo actual; o último capítulo trata os elementos cristãos que definem o empenho do testemunho eclesial na reconciliação dos homens com Deus e de uns com os outros. Pois o cristianismo é consciente de que a «revelação cristã purifica a religião, porque lhe restitui o seu significado fundamental para a experiência humana do sentido».

buscas pela verdade. Isso gera a tensão entre o reconhecimento do pluralismo e um princípio relativista.

De fato, conhecer e respeitar as diferenças culturais «representa uma vantagem para a valorização das singularidades e para a abertura a um estilo hospitaleiro da convivência humana». Porém, há um grave problema: o mero respeito às diferenças sem uma busca pela verdade gera a impossibilidade do diálogo. De modo que as pessoas e os grupos «são induzidos à desconfiança – se não à indiferença perante o empenho em buscar o que é comum à dignidade do homem» (n. 4).

Isso significa que o relativismo e o chamado “politeísmo dos valores” não podem ser o fundamento da democracia e do respeito pela dignidade humana, porque geram incomunicabilidade, desconfiança, indiferença pela verdade e desprezo por aquilo que une os homens: a mesma dignidade de pessoa. O relativismo é fruto da perda de confiança na razão humana e gera a suspeita em relação às outras pessoas, assim como uma perda de motivações. Uma sociedade relativista é uma sociedade apática, pois todas as escolhas humanas são, no fundo, indiferentes. Isso faz com que as relações humanas sejam abandonadas «a uma gestão anónima e burocrática da convivência civil» (*ibid.*). Consequentemente, dá-se o crescimento de uma imagem pluralista da sociedade e a afirmação de um desígnio totalitário do pensamento único: surge então o discurso “politicamente correto”. O relativismo se revela como uma máscara que esconde um secreto absolutismo².

Para o relativismo a verdade é considerada uma ameaça radical para a autonomia do sujeito e para a abertura da liberdade, porque a pretensão de uma verdade objectiva e universal, se bem que acessível ao espírito humano, é imediatamente associada a uma pretensão de posse exclusiva

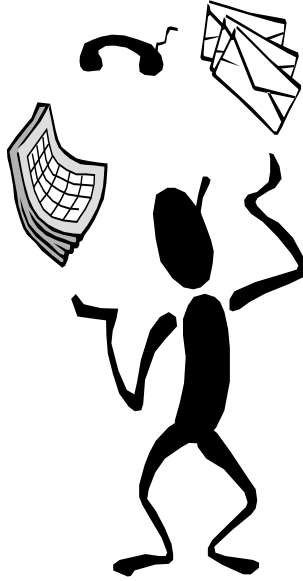
² O Papa Francisco recentemente também falou do totalitarismo relativista. *Exortação Apostólica Evangelii Gaudium*, n. 231: «Por isso, há que postular um terceiro princípio: a realidade é superior à ideia. Isto supõe evitar várias formas de ocultar a realidade: os purismos angélicos, os totalitarismos do relativo, os nominalismos declaracionistas, os projetos mais formais que reais, os fundamentalismos anti-históricos, os eticismos sem bondade, os intelectualismos sem sabedoria».

por parte de um sujeito ou grupo. A ideia de que a busca da verdade seja necessária para o bem comum é tida por ilusória. Na actual compreensão, a verdade estaria inseparavelmente relacionada com a “vontade de poder”, por isso a “verdade”, principalmente a religiosa, passa a ser vista como raiz de conflito e de violência.

O colapso cultural da actualidade é tão grave que afirma ser o mono-teísmo arcaico e despótico, enquanto o politeísmo seria criativo e tolerante. A dita crítica se concentra na denúncia radical do cristianismo, justamente a religião que aparece como protagonista na busca de um diálogo de paz, tanto com as grandes tradições religiosas quanto com as culturas laicas. Certamente, o fato dos cristãos serem descaradamente associados pela sua fé no Deus Único a uma “semente da violência” fere milhões de autênticos crentes, especialmente porque eles vivem totalmente afastados da pregação da violência. Além disso, em muitas partes do mundo, os cristãos são maltratados com a intimidação e a violência por causa exclusivamente da sua fé. Estima-se que actualmente 200 milhões de cristãos são perseguidos no mundo, algo que ocorre diante do silêncio cúmplice de boa parte dos governos e meios de comunicação, que se empenham em difundir uma visão distorcida do cristianismo como o grande incentivador de violência³. Evidentemente não se pode negar o preocupante fenómeno da “violência religiosa”, a actual “ameaça terrorista”. Mas também não se pode ignorar que são precisamente os cristãos que mais sofrem violências no mundo.

(Zenit.org – Junho de 2014 e Junho 2016)

³ Os dados são do *Relatório sobre a Liberdade Religiosa no Mundo*, organizados pela *Ajuda à Igreja que Sofre* (AIS). Cfr. <http://www.news.va/pt/news/milhares-de-cristaos-sao-perseguidos-no-mundo-mas> também: <http://www.zenit.org/pt/articles/200-milhoes-de-cristaos-sao-perseguidos-no-mundo>



NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS

MAIORIA DE CASAMENTOS NULOS?

O PAPA TEM RAZÃO!

Antes de enfrentarmos propriamente as críticas dirigidas ao Santo Padre, ocasionadas em virtude de algumas coisas que ele disse no Congresso sobre a Família realizado na Diocese de Roma (16/06/2016), cumpre esclarecer que o Papa tem todo o direito de emitir pareceres como teólogo, o que equivale a dizer que nem tudo o que o sumo pontífice afirma é parte integrante do magistério ordinário ou extraordinário. Sua Santidade, como qualquer católico, pode ter posições teológicas acerca de assuntos opináveis. É importante salientar este aspecto, uma vez que o bispo de Roma, eventualmente, pode exprimir uma ideia que encontre opositores no meio eclesial. Isto é absolutamente normal e sempre ocorreu na história do papado.

Mas, no caso das afirmações de Francisco em relação à nulidade da maioria dos casamentos atuais – palavras que ele proferiu por ocasião do congresso acima referido –, não se trata de análise teológica; trata-se da pura realidade. De facto, a maioria dos que se casam hoje em dia simplesmente não sabem o que é o casamento cristão ou têm-no como provisório, como afirmou o papa. Daí a nulidade por exclusão do próprio sacramento, consoante dispõe o cânon 1101, § 2.º, pois, através de um acto positivo da vontade, exclui-se a indissolubilidade, que é uma propriedade essencial do matrimónio, conforme preceitua o cânon 1055. Ora, a cultura do provisório na qual estamos mergulhados só pode conduzir a “relações líquidas”, para parodiarmos um termo cunhado pelo filósofo Bauman.

Outra lição do papa, também dada no congresso supramencionado, e igualmente alvo de críticas, é de uma incrível precisão teológica e jurídica!

Francisco disse que viu fé em casais que simplesmente conviviam, sem a celebração canónica, e que está certo que são verdadeiros casamentos.

A forma canónica ou a celebração do casamento na igreja não constitui um dado dogmático ou algo imprescindível para a realidade do sacramento. Por quê? Porque os ministros do sacramento do matrimónio são os noivos. A forma canónica, hoje ainda indispensável à validade, surge tão só no Concílio de Trento, a fim de corrigir abusos e, não sendo uma norma de direito divino, admite excepções.

Desta feita, o papa está absolutamente correto: existem casamentos contraídos na igreja que são nulos e existem convivências que são genuínos sacramentos. Afinal de contas, conforme reza uma conhecida máxima da teologia, o Espírito Santo sopra onde quer!

(comentário de Edson Sampel, enviado em 20 de Junho, 2016)

UM CARDEAL E A “LIBERDADE” DOS EXTREMISTAS

No dia 13 de maio passado, o Cardeal Cañizares, arcebispo de Valência (Espanha), pronunciou uma homilia em que disse o seguinte:

“Temos já legislações contrárias à família, bem como a acção de forças políticas e sociais com o mesmo fim, às quais se somam movimentos e acções do império gay, de ideologias como o feminismo radical ou a mais insidiosa de todas, a ideologia de género. Essa situação é tão grave e tem consequências tão graves para o futuro da sociedade, que hoje, sem dúvida, é possível considerar a estabilidade do matrimónio e da família – bem como o seu apoio e reconhecimento público – como o primeiro problema social e de atenção aos mais débeis e às periferias existenciais.”

Posteriormente, no dia 29 do mesmo mês, citando Bento XVI, fez um apelo para que as pessoas não se submetessem a uma ideologia anti-humana, “a última rebelião do homem contra Deus”: “(...) a ideologia mais insidiosa e destrutiva da história, a ideologia de género, que os po-

deres globalistas querem impor por meio de legislações iníquas, que não devem ser obedecidas”.

Pedi que os legisladores que trabalham para avançar com essas causas sejam evitados, mas reconhecendo “a legítima autonomia da esfera temporal”:

“Não podemos submeter-nos a uma mentalidade inspirada no laicismo, tampouco na ideologia de género (...) Ambas as ideologias levam gradualmente, de forma mais ou menos consciente, porém certa, à restrição da liberdade religiosa”.

Por causa dessas palavras, as esquerdas extremistas deram início a uma campanha de perseguição ao cardeal. Desde então, a reputação e a integridade física do cardeal têm estado em risco. **Se a esquerda radical conseguir o que deseja, a saber, censurar o líder religioso**, o cardeal poderá ser punido com pena até **três anos de prisão**, simplesmente por ter apontado correctamente a falsidade de uma ideologia que é apresentada como teoria e denunciado a incoerência dos seus proponentes! Mais ainda – utilizando este caso como fundamento jurídico, o episódio poderá repetir-se noutros países.

Graças a uma campanha liderada pela plataforma «*CitizenGo*» tem sido possível conseguir votações nos órgãos políticos que recusam a condenação. Mas os radicais não desarmam e o seu objectivo último continuará cada vez mais diabolicamente presente – desacreditar, ridicularizar e por fim destruir a religião cristã.

É importante salientar que a ideologia de género não possui nenhuma confirmação científica. As divisões conceituais de orientação sexual, género, etc., que muitas vezes circulam pelas redes sociais, e que já entraram nos programas das nossas escolas, são meros artificios retóricos que não têm nenhum correspondente na realidade, sendo mesmo liminarmente recusados pela biologia e sua extensão socio-psicológica. Além disso, os pressupostos da ideologia de género têm origem numa corrente filosófica autocontraditória, que nega a existência das essências ao mesmo tempo que reivindica para si uma determinada essência.

IDEOLOGIA DE GÉNERO NA GRÃ-BRETANHA

Jaime Septién, director do jornal «El Observador de la actualidad», trouxe à tona o caso dos pais de família de uma cidade da Grã Bretanha que lutam contra a implantação da ideologia de género na escola de seus filhos.

Órgão do governo da Grã-Bretanha incentiva crianças de 4 anos a escolher o próprio “género”, é a queixa apresentada por pais de família de Brighton e Hove City, na Grã- Bretanha, que receberam em dias passados uma carta da prefeitura pedindo-lhes apoio ao projecto de escolha de “identidade de género” dos seus filhos, alguns dos quais só têm quatro anos de idade.

A carta da entidade governamental resulta de um pedido da Liga LGBT inglesa (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgénero), representada nesta ocasião pelo grupo “Stoneawall” e foi enviada a centenas de pais de família cujas crianças se estão a preparar para entrar na escola.

A carta diz: “Sabemos que nem todas as crianças e pessoas jovens se identificam com o género que lhes foi atribuído ao nascer ou que poderiam identificar-se com outro género que não seja homem ou mulher; no entanto, o sistema actual (em toda a nação) somente aceita a declaração de género como varão ou mulher”.

E acrescenta: “Por favor, apoiem o seu filho a escolher o género com o qual mais se identifica. Ou se eles têm outra identidade de género, deixem esse espaço em branco e discutam-no na escola das crianças”.

A conselheira de igualdade de género na prefeitura de Brighton, Emma Daniel, defendeu a carta dizendo que “reconhecer o papel de identidades de género nas nossas comunidades escolares nos ajudará a garantir espaços seguros para todos”.

De acordo com a conselheira de Brighton, a parte da carta que fala sobre identidade de género foi escrita para responder aos desejos de famílias, jovens e centros escolares “para que mostremos uma aproximação inclusiva às questões de género”.

Andrew Bridgen, do Partido Conservador e membro do Parlamento pela circunscrição de North West Leicestershire desde 2010, atacou a carta definindo-a “complemente ridícula” ao advertir que as escolas “devem

ensinar as crianças a ler e a escrever, não a incentivá-las a considerar a mudança de gênero”.

Alertada pela reação de muitos pais de família, Emma Daniel disse que em Brighton vão rever o assunto novamente “para o tornarem mais claro” e que possa ser possível avançar com discussões sobre a identidade de gênero “para que os pais o vejam como uma opção e não como uma obrigação”.

(in «NOTÍCIAS DO MUNDO», 16 Maio 2016)

CONTRACEPÇÃO OBRIGATÓRIA?

Uma congregação religiosa venceu o governo Obama num processo que corria no Supremo Tribunal do país. Em 2012, o governo norte-americano obrigou todas as empresas e instituições a oferecer plano de saúde aos seus empregados, incluindo controle de natalidade, esterilização e pílulas abortivas. Nesta segunda-feira (16/05), o Supremo Tribunal decidiu, de forma unânime, que o governo não pode multar a congregação das Irmãs Pobres por não obedecer à ordem.

O Tribunal ordenou ainda que tribunais menores ajudem o governo a escolher um método alternativo para prover serviços, sem exigir a participação das freiras, informa a agência ACI Prensa.

As religiosas alegam que proporcionar esses serviços viola a sua religião. “Tudo o que queremos fazer é servir os mais necessitados entre nós como se fossem o próprio Cristo”, disse a irmã Loraine Marie Maguire, madre provincial da congregação.

Para Mark Rienzi, conselheiro senior do Fundo Becket para a Liberdade Religiosa e advogado principal das religiosas, o fracasso do governo Obama no Supremo Tribunal “muda o jogo”. “Essa decisão unânime é uma imensa vitória para as Irmãs Pobres, para a liberdade religiosa e para todos os norte-americanos”, disse ele.

Segundo um comunicado de Rienzi, “o Tribunal aceitou a concessão do governo de que poderia oferecer esses serviços sem as Irmãs Pobres. O Tribunal eliminou todas as decisões equivocadas dos tribunais menores e protegeu as Irmãs Pobres das multas do governo”.

O Fundo Becket explicou que o governo já dispensa um em cada três norte-americanos da obrigação de cumprir o que se esconde sob a capa de *saúde sexual e reprodutiva*, assim como grandes corporações como Exxon e Visa, além do plano familiar militar do governo.

A decisão do Tribunal é também uma vitória para outros, defendidos pelo Fundo Becket, entre os quais estão organizações e universidades cristãs e dioceses.

Em Setembro de 2015, na sua viagem aos Estados Unidos, o Papa Francisco fez uma visita surpresa à congregação das Irmãs dos Pobres em Washington. “É um sinal evidente do seu apoio”, afirmou na ocasião o porta-voz da Santa Sé, o padre Federico Lombardi.

CONGRESSO DO ESPÍRITO SANTO

Nos dias 16 e 17 deste mês de Junho realizou-se em Coimbra a primeira fase do Congresso do Espírito Santo, tendo como pretexto a passagem dos 500 anos de beatificação da Rainha Santa Isabel, coincidindo com mais quatro centenários: os 800 anos do Franciscanismo em Portugal, os 500 anos da publicação da *Utopia* de Tomás More, os 500 anos do primeiro Compromisso impresso das Misericórdias e os 300 anos da criação do Patriarcado de Lisboa. O que une todos estes centenários comemorativos é a celebração da paz e harmonia universais, tais como tinham sido concebidas em torno da devoção ao Espírito Santo, que foi lançada e promovida em Portugal pela Rainha Santa.

O congresso centrou-se na temática do Espírito Santo e nas utopias de concórdia, fraternidade, harmonia, paz e justiça sobre a terra e propõe-se assinalar as cinco datas centenárias referidas, datas que se interligam na esperança da construção de um mundo melhor.

É de destacar que este empreendimento nasceu de uma estreita colaboração de universidades, centros de investigação, a confraria da Rainha Santa e o poder autárquico.

CONGRESSO DA F.E.A.M.C.

Os médicos católicos da Europa reúnem-se regularmente de quatro em quatro anos num Congresso organizado pela Federação Europeia dos Médicos Católicos (FEAMC), desde há mais de meio século. Estas reuniões internacionais destinam-se ao conhecimento mútuo, ao debate fraterno das questões nucleares da saúde e da doença nas sociedades europeias, a discutir os temas da ciência, da ética e das leis que se referem à protecção da vida humana à luz da Fé Cristã, e à oração em comunidade. Esses congressos reúnem várias centenas de médicos provenientes da grande maioria dos países da Europa e têm sido organizados e promovidos pelas associações nacionais dos médicos católicos.

O XIII Congresso Europeu é organizado pela Associação dos Médicos Católicos Portugueses e terá lugar no Porto, nas instalações do Seminário do Vilar entre os dias 29 de Setembro e 2 de Outubro deste ano de 2016. O tema fundamental deste congresso será o de **“Os Médicos, a Igreja e a Europa, hoje”**. As condições de inscrição e o seu programa podem ser consultados na internet no sítio [https://:www.feamc.pt](https://www.feamc.pt).

No tempo em que vivemos na Europa há sinais evidentes de sofrimento e de dor para os quais as respostas não podem tardar. Temos presentes as graves questões que hoje dominam as sociedades europeias: as tragédias que ocorrem a muitos milhares de famílias que arriscam as vidas para atingir as praias do Sul da Europa fugindo à penúria e à guerra; as ameaças de um terrorismo cego, brutal e omnipresente nas nossas comunidades urbanas; os temas sob intenso debate bioético nos limites do nosso conhecimento, nomeadamente os que se referem ao início, ao ocaso e à própria natureza biológica do ser humano; a organização dos nossos sistemas de prestação cuidados na saúde e na doença, as suas prioridades e as suas prestações, sobretudo aos membros mais vulneráveis das nossas sociedades.

Não faltam temas para discutir e tarefas para programar e executar. A Associação dos Médicos Católicos Portugueses (AMCP) e a cidade de Porto acolherão fraternalmente os médicos, os profissionais da saúde e todos os que estão motivados para os temas da saúde e da doença no nosso país que quiserem estar presentes nesta reunião dos médicos católicos.

EUTANÁSIA – LIVRO A NÃO PERDER

Acaba de ser publicado pela Universidade Católica um pequeno/grande livrinho intitulado *MORTE A PEDIDO – O que pensar da Eutanásia*. Em poucas páginas, de forma clara e rigorosa, este pequeno texto descreve o que é e não é eutanásia, desmitifica pseudo-argumentos e clichés, refere a experiência dos países que permitem esta prática e conclui pela descrição da verdadeira resposta ao drama de quem não encontra razões de viver.

A despenalização da eutanásia, proposta sob a designação incorrecta de “morte assistida”, não resolve nenhuma situação patológica, não tem fundamentação teórica convincente e coloca-nos perante contradições insanáveis. A despenalização contraria o Código Deontológico da OM, é proibida pela Constituição e contradita pelo Código Penal. Acresce que a experiência dos 3 únicos países em que a eutanásia é permitida demonstra que as consequências sociais e morais são catastróficas, acabando por ser praticada a eutanásia involuntária, um verdadeiro homicídio, a coberto de uma lei interpretada de forma permissiva.

O Autor, especialista em Terapêutica e em Bioética, explica porquê neste precioso livrinho, a não perder, e que pode ser pedido directamente a Universidade Católica Editora, Palma de Cima, 1649-023 Lisboa - uce@uceditora.ucp.pt.

WALTER OSSWALD

O Prémio Árvore da Vida - Padre Manuel Antunes, (2016) foi neste ano atribuído ao médico e especialista em bioética Walter Osswald, destacando o percurso e uma obra que reflectem o humanismo e a experiência cristã. Trata-se de uma distinção instituída pelo Secretariado Nacional de Pastoral da Cultura, com o patrocínio da Rádio Renascença, que há doze anos tem distinguido pessoas ou instituições que se tenham salientado em acções de valor no domínio da cultura, humanismo e presença cristã.

“Foi uma grande surpresa, porque nunca estive nas minhas projecções vir a receber este prémio, mas também o recebo com contentamento, ainda

que me pareça uma atribuição excessiva, dada a modéstia da minha contribuição”, disse o médico do Porto ao Secretariado Nacional da Pastoral da Cultura (SNPC), entidade que instituiu o Prémio Árvore da Vida com o patrocínio da **Renascença**.

Para Walter Osswald, “não é possível que exista conflito entre existência e fé, dado que se trata de realidades que estão em planos diferentes. As ciências naturais fazem-se na investigação objectiva, com uma realidade concreta, enquanto que a fé é um dom de Deus e, ao mesmo tempo, uma conquista do homem, conquista esta que não se contrapõe à razão, dado que a ultrapassa largamente”.

A entrega do prémio decorreu em 4 de Junho, em Fátima, no âmbito da 12.^a Jornada Nacional da Pastoral da Cultura, subordinada ao tema “Cultura e Economia: Implicações e desafios”. O presidente da Comissão Episcopal da Cultura, Bens Culturais e Comunicações Sociais, D. Pio Alves, bispo auxiliar do Porto, entregou a escultura “Árvore da Vida” ao premiado, que também recebeu, das mãos do Conselho de Gerência da Renascença, o valor de 2.500 euros.

Em edições anteriores, o prémio foi entregue a personalidades como Adriano Moreira, Eurico Carrapatoso, Manoel de Oliveira, Maria Helena da Rocha Pereira, Lourdes Castro, Luís Archer, Nuno Teotónio Pereira e Francisco Sarsfield Cabral.

«Acção Médica», revista a que este nosso colega e amigo tem dado a sua preciosa colaboração saúda-o com muita alegria e amizade.

Igualmente a Direcção Nacional da Associação dos Médicos Católicos Portugueses, reunida no Porto a 26 Junho de 2016, tomou conhecimento da atribuição ao Prof. Walter Osswald, antigo Presidente da Associação, do Prémio Árvore da Vida/Padre Manuel Antunes, pelo Secretariado Nacional da Pastoral da Cultura em reunião do respectivo júri em 12 de Maio de 2016. Decidiu, por isso, aprovar um voto de congratulação pública pela justa atribuição do referido prémio a um associado nosso com uma vida exemplar a todos os títulos e que muito honra a nossa Associação – dado no Porto, em 26 de Junho de 2016 (a Direcção Nacional da AMCP).

«ACÇÃO MÉDICA» HÁ 50 ANOS

Poucos colegas conhecerão algo do percurso de José Eduardo de Magalhães Coutinho (Évora 1815 – Lisboa 1895), para além de, eventualmente, ligarem o seu nome à Maternidade lisboeta que o invoca. Pois este médico ilustre deixou rasto: foi professor e director da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa (precursora da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa), conselheiro, deputado, director da Biblioteca da Ajuda. Entre os seus escritos conta-se o que se intitula “Algumas considerações acerca da conduta do médico”, baseado na sua dissertação de 1847 e publicado no venerando *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*, entretanto extinto.

Curiosamente, é outra dissertação, a de licenciatura de Amélia Anta de Sousa Moreira (Porto, 1961) que serve de base ao trabalho desta médica, dedicado à análise dos princípios de deontologia médica propugnados por Magalhães Coutinho. Trata-se de uma revisão interessante, que põe em evidência os grandes temas da deontologia (hoje diríamos antes ética médica), sobre os quais o Professor lisbonense discorre com elegância e saber, na senda da tradição hipocrática.

Este longo artigo é precedido de uma nota do Professor Luís de Pina, egrégio professor de História da Medicina, que apresenta o estudo sobre Magalhães Coutinho; e segue-se um breve artigo de José de Paiva Boléo, dedicado a “Os nossos irmãos ateus”. O Director da nossa revista sublinha a imperiosidade do diálogo franco, aberto, mas convicto e informado, com os ateus, entre os quais se contam tantas pessoas de boa vontade, às quais há que anunciar a Boa Nova. Sem preparação devida, nota com acerto, não é possível iniciar este diálogo.

Outra breve nota, esta de Mendonça e Moura, chama a atenção para os “Doze Princípios da Segurança Social” enunciados pela Associação Médica Mundial. O Autor conclui que estes Princípios correspondem às exigências da ética e são compagináveis com os ensinamentos da doutrina social da Igreja, pelo que defende que sobre eles se deve estruturar o sistema português de saúde e segurança social.

Dois discursos aos participantes no Movimento dos Cursos (nessa altura: Cursos) de Crisandade são transcritos: o do Papa, proferido em

Roma, no Congresso Mundial daquele Movimento, e o do Arcebispo de Coimbra, D. Ernesto Sena de Oliveira.

Anuncia-se o 12º Congresso Internacional dos Médicos Católicos (Manila, Novembro de 1966) e noticia-se o Colóquio sobre Medicina e Evolução Social, promovido pela AMCP e em que intervieram, como oradores, Miller Guerra, Pinto Correia, Oliveira Dias e Cayolla da Mota.

W. Osswald

ACÇÃO MÉDICA

ANO LXXX, Nº 2, Junho 2016

RESUMOS

ABERTURA: Os “jeans” rasgados – J. Boléo-Tomé 5
 Não pode haver sentido quando a vida não tem sentido, impondo o relativismo como lei, e a sua consequência, a ideologia de género, como regra de comportamento. Tal como a inconsequente, absurda e ridícula moda das calças esburacadas.

Alguns aspectos do erro médico na perspectiva do direito – Álvaro da Cunha Gomes Rodrigues 9
 O erro médico é uma realidade que acompanha o exercício da Medicina. Partindo deste facto o A. procura desfazer os equívocos que existem entre erro médico, negligência médica, evento adverso, e a chamada violação da *leges artis*. Para isso desenvolve longamente o conceito de erro médico e as suas definições, fala do evento adverso e da violação da *leges artis*, abordando por fim o que há de relevante na negligência médica no âmbito do Direito Penal.

O erro ético em medicina – Filipe Almeida 33
 o sempre existiu e continuará a existir, pois em saúde não há certezas – o médico calcorreia um terreno de incertezas e é forçado a apostar. A revolução tecnológica e a consequente medicalização da sociedade, trouxe uma enganadora certeza diagnóstica e terapêutica – o conhecimento médico é acessível a todos, sem espírito crítico, e o médico passou a ser apenas a 2ª opinião. O erro é mediatizado e considerado socialmente intolerável. Levantam-se assim graves questões éticas que convém analisar.

Gerir o erro em saúde - Idalina Beirão 39
 O aumento do leque de tratamentos, consequência da revolução tecnológica, acarreta um aumento do risco associado, principalmente nos chamados eventos adversos, mas também no erro médico não intencional. A Autora estuda a possível prevenção do erro, de acordo com o Plano Nacional para a segurança do doente, concluindo que a gestão do risco em saúde é um processo difícil, necessário e contínuo.

DOCUMENTOS DO CENTENÁRIO

-Discurso do Bispo do Porto 45
 Discurso proferido por D. António Barroso em Outubro de 1915, no primeiro Congresso da recém-criada Associação dos Médicos Católicos. O discurso incidiu sobre a origem da Vida.

A PALAVRA DO PAPA

– Medicina e compaixão 51
 Discurso do Papa Francisco aos dirigentes das Ordens dos Médicos italianas. O Papa lembrou e insistiu que a compaixão é, de alguma forma, a alma da Medicina – a compaixão não humilha porque é “padecer com”.

TEMAS ACTUAIS

- **Um filho é uma dádiva** – Pedro Vaz Patto 57
As alterações aprovadas no Parlamento relativas à procriação assistida são de enorme gravidade. Na verdade, passou a ser lícito privar a criança da figura paterna. O bem do filho não interessa. Do mesmo modo, a alteração aprovada na Assembleia e recusada no veto do Presidente da República sobre as chamadas “barrigas de aluguer” transforma a mãe biológica numa espécie de fábrica de crianças. O filho é um objecto de troca e venda.
- **Liberdade de ensino** 61
As atitudes governamentais de recusa de pagamento às escolas privadas são uma verdadeira negação da liberdade de ensino. Por isso o Secretariado Nacional de Pastoral da Cultura decidiu divulgar um conjunto de textos de orientação e doutrina: Vaticano II, Documento de Aparecida, e Carta Pastoral sobre Educação.
- **Ciência e Tecnologia: Neuroestética e Psicoterapia** – Maria Emilia M. Pacheco ..65
Como as obras de arte entram na prática psicoterapêutica: dois profissionais da área explicaram esta nova ciência e sua aplicação durante um seminário do Grupo de Neurobioética na Universidade Pontifícia Regina Apostolorum.
- **Transexualidade** 71
Existe uma verdadeira loucura do transgénero promovida pelos meios de comunicação social, com consequências dramáticas nas crianças. A alteração de sexo nas crianças é um verdadeiro crime, pois ninguém consegue mudar o sexo com que nascemos. Quem o afirma é um ilustre Professor de Psiquiatria, Dr. McHugh, que acrescenta: a cirurgia da troca de sexo é uma promoção de um transtorno mental.
- **Relativismo religioso e totalitarismo anticristão** – Pe. Anderson Alves 73
Na perseguição ao cristianismo voltou a ouvir-se a tese de que existe uma relação íntima entre monoteísmo e violência. Isto significaria que o cristianismo é por natureza violento – logo, é preciso destruí-lo. Significa igualmente que qualquer espécie de politeísmo é tolerante – logo o relativismo religioso, que põe em causa todo o sobrenatural é o único caminho a seguir e defender.

NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS 77

• **Maioria de casamentos nulos?** (quando o próprio casamento religioso é tomado, à partida, como provisório, será que é válido?); • **Um cardeal e a “liberdade” dos extremistas** (o Cardeal Arcebispo de Valência tem sido insultado e maltratado fisicamente por ter afirmado publicamente verdades fundamentais relativas à ideologia de género); • **A Ideologia de género na Grã-Bretanha** (por determinação das autoridades sanitárias as crianças em idade escolar devem escolher o sexo ou género que desejam escolher para si mesmas e declará-lo por escrito); • **Contracepção obrigatória?** (o Supremo Tribunal americano deu razão às Irmãs Pobres, que se recusaram a praticar o aborto nas casas que dirigem); • **Congresso do Espírito Santo** (Congresso realizado em Coimbra, nos 500 anos de beatificação da Rainha Santa Isabel); • **Congresso da F.E.A.M.C.** (notícia sobre o Congresso Europeu dos Médicos Católicos que se realizará no Porto em Set/Out. próximos); • **«Eutanásia» – livro a não perder** (pequeno livrinho com o essencial sobre eutanásia); • **Walter Osswald** (notícia sobre a condecoração atribuída ao Prof. Doutor Walter Osswald); • **«Acção Médica» há 50 anos.**

ACÇÃO MÉDICA

YEAR LXXX, No. 2, June 2016

ABSTRACTS

EDITORIAL: **Teared Jeans** – J. Boléo-Tomé. 5

Some aspects of medical error from the perspective of the law – Álvaro da Cunha
Gomes Rodrigues 9

Medical error is a reality that comes with the practice of medicine. Based on this fact, the Author attempts to undo the misunderstandings that exist between medical error, medical malpractice, adverse event and the so-called violation of *leges artis*. He therefore develops at length the concept of medical error and its definitions, speaks of the adverse event and the violation of the *leges artis*, addressing finally what is relevant in medical malpractice in the context of Criminal Law.

Ethical error in medicine – Filipe Almeida 33

Error has always existed and will continue to exist, because there are no certainties in health – the doctor follows a path of uncertainties and is forced to take risks. The technological revolution and the consequent medicalization of society, brought a misleading diagnostic and therapeutic certainty - medical knowledge is accessible to all, uncritically, and the doctor became only the 2nd opinion. The error is publicized and considered socially unacceptable. There are serious ethical issues that are raised that should be analysed.

Managing error in healthcare – Idalina Beirão 39

The increase in the range of treatments as a result of the technological revolution, carries an increase in associated risk, especially in the so-called adverse events, but also in unintentional medical error. The author studies the possible error prevention, according to the National Plan for patient safety, concluding that risk management in health is a difficult, necessary and continuous process.

CENTENARY DOCUMENTS

– **Speech by the Bishop of Oporto** 45

Speech given by D. António Barroso on October 1915, at the first Congress of the newly created Association of Catholic Doctors. The speech focused on the origin of Life.

THE POPE'S WORD

– **Medicine and compassion** 49

The Pope's speech to the leaders of the Italian Medical Bar Associations. The Pope reminded and insisted that compassion is, in some way, the soul of Medicine – compassion does not humiliate because it is "suffering with".

CURRENT THEMES

- **A child is a gift** – Pedro Vaz Patto 51
The amendments adopted in Parliament relating to assisted procreation are extremely serious. In fact, it became lawful to deprive the child of the father figure. The well-being of the child does not matter. Similarly, the amendment approved in Parliament and vetoed by the President of the Republic about the so-called “surrogate mothers” transforms the biological mother into a sort of children’s factory. The child is an object of exchange and sale.
- **Freedom of education**57
The Government’s attitude to refuse payment to private schools is a real denial of freedom of teaching. So the National Pastoral Secretariat of Culture decided to release a set of guidance and doctrine texts: Vatican II, Aparecida Document and Pastoral Letter on Education
- **Science and Technology: Neuroaesthetics and Psychotherapy** – Maria Emilia M. Pacheco 61
How works of art enter the psychotherapeutic practice: two professionals explained this new science and its application during a seminar of the Neurobioethics Group of the Pontificia Regina Apostolorum University.
- **Transsexuality**65
There is a real transgender madness promoted by media, with dramatic consequences on children. The change of sex in children is a real crime, because no one can change the sex with which we were born. Who says this is a distinguished Professor of Psychiatry, Dr. McHugh, who adds: sex change surgery is a promotion of a mental disorder.
- **Religious relativism and unchristian totalitarianism** – Father Anderson Alves ...73
In the persecution of Christianity, the thesis that there is an intimate relationship between monotheism and violence was heard again. This would mean that Christianity is violent by nature – so it has to be destroyed. It also means that any kind of polytheism is tolerant – religious relativism, which immediately calls into question all the supernatural is the only way forward and to defend.

NEWS AND COMMENTS 77

• **Most marriages are invalid?** (When the religious marriage itself is taken from the outset, as temporary, is it valid?); • **A cardinal and the “freedom” of the extremists** (the Cardinal Archbishop of Valencia has been insulted and mistreated physically for publicly saying fundamental truths concerning the gender ideology); • **Gender Ideology in Great Britain** (by determination of health authorities schoolchildren must choose the sex or gender they wish to choose for themselves and declare it in writing); • **Mandatory contraception?** (the US Supreme Court gave reason to the Little Sisters of the Poor, who refused to perform abortion in the houses that they run); • **Congress of the Holy Spirit** (Congress held in Coimbra, in the 500 years of beatification of Queen Isabel); • **F.E.A.M.C. Congress** (news on the European Congress of Catholic Doctors which will take place in Porto next Sept. / Oct.); • **«Euthanasia» – book not to be missed** (small booklet with the essentials on euthanasia); • **Walter Osswald** (news of the award given to Professor Dr. Walter Osswald); • **«Acção Médica» 50 years ago.**

NOVOS ASSOCIADOS

Foram admitidos como novos associados:

- Dr. João Carlos Meneses da Silva | Beja
- Dra. Catarina de Jesus Rodrigues| Lisboa
- Dra. Maria de Fátima Ribeiro Vieira Marques Dias| Vila Real
- Dr. Ricardo Jorge Ramos Branco | Vila Real

* – Sócio Estudante

SÓCIOS FALECIDOS

Tomamos conhecimento dos falecimentos dos nossos Associados:

- Dr. Paulo Murad | Portalegre – Castelo Branco