

Carta de Identidade

DA ORDEM HOSPITALEIRA DE S. JOÃO DE DEUS

A assistência aos doentes e necessitados
segundo o estilo de S. João de Deus



ORDEM HOSPITALEIRA DE
S. JOÃO DE DEUS
PROVINCIA PORTUGUESA



Carta de Identidade

DA ORDEM HOSPITALEIRA DE S. JOÃO DE DEUS

Carta de Identidade

DA ORDEM HOSPITALEIRA DE S. JOÃO DE DEUS

A assistência aos doentes e necessitados
segundo o estilo de S. João de Deus

2013 · 2ª Edição



FICHA TÉCNICA

TÍTULO:

Carta de Identidade da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus

AUTOR:

Cúria Geral da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus

1ª EDIÇÃO:

2000

ISBN:

972-9081-67-0

2ª EDIÇÃO REVISTA E ATUALIZADA:

2013

ISBN:

978-972-9081-95-8

EDIÇÃO:



EDITORIAL HOSPITALIDADE

Provincia Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus

Rua S. Tomás de Aquino, 20

1600-871 Lisboa

www.isjd.pt

TIRAGEM:

500 exemplares

DESIGN:

Clássica Artes Gráficas SA

IMPRESSÃO E ACABAMENTO:

Clássica Artes Gráficas SA

DEPÓSITO LEGAL:

365222/13

APRESENTAÇÃO

Apresento, neste momento, a toda a Ordem o documento «Carta de Identidade». Quisemos que fosse um documento capaz de enfrentar todos os pontos necessários para iluminar a hospitalidade que estamos chamados a realizar hoje como Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, na perspetiva do Terceiro Milénio, para continuar a incarnar o profetismo de S. João de Deus.

O documento estava nas previsões do Plano do Governo Geral para o sexénio. Para a sua elaboração foram nomeados três diferentes grupos de trabalho, que se reuniram em duas ocasiões em Roma, e que, por sua vez, nomearam entre si uma comissão restrita que trabalhou, elaborou e reelaborou, com as sugestões e propostas dos membros dos três grupos, o texto que agora tendes em mão.

O Plano do Governo Geral para o sexénio previa uma série de atividades de acompanhamento à «Carta de Identidade» que, no entanto, não se puderam realizar, porque não foi possível elaborar o texto dentro do tempo previsto.

O Conselho Geral julgou oportuno que, em vez de realizar um novo documento expressamente para o Capítulo Geral, as Comunidades e grupos escolhidos de Colaboradores estudassem, no decurso de 1999-2000, a Carta de Identidade, tendo por base as orientações dadas pela Comissão Preparatória do Capítulo.

As conclusões deste estudo deveriam servir para preparar o programa a discutir e a aprovar no LXV Capítulo Geral para o próximo sexénio. Esta ideia foi partilhada, quer pelos membros da Comissão que elaborou o texto, quer pelos Superiores Maiores da Ordem, na reunião havida em Roma, de 30 de Novembro a 04 de Dezembro de 1998.

O documento encara e analisa vários capítulos importantes para a nossa missão:

O tema da hospitalidade, que é desenvolvido num quadro filosófico e teológico-bíblico, para iluminar os traços fundamentais de S. João de Deus e da tradição da Ordem, até chegar aos princípios com os quais desejamos realizar hoje a nossa hospitalidade;

A dimensão ética do ser humano e da assistência. A este propósito são descritos os princípios gerais em que se fundamenta a nossa ética e as situações concretas a que, transformando-nos em hospitalidade vivida, somos chamados a responder segundo o estilo de S. João de Deus;

O tema da cultura da hospitalidade que nos recorda incessantemente a importância da formação e da investigação para responder aos desafios do Terceiro Milénio;

A necessidade de por em prática nas nossas estruturas uma gestão carismática. Devemos aplicar as regras da gestão moderna, mas façamo-lo de modo carismático, isto é, com os valores qualificantes que o seguimento de Cristo e de S. João de Deus trazem à gestão, ancorados à doutrina social da Igreja.

Procedendo desta maneira, pensamos sair do Capítulo Geral com um programa prático que nos ajudará a viver no próximo sexénio de modo a responder às exigências do nosso carisma no século XXI.

Damos a conhecer este documento oficialmente no dia de S. João de Deus, no Ano Jubilar, no dia da Reconciliação, para sublinhar a sua importância para viver a hospitalidade hoje.

Que S. João de Deus nos ajude a reconciliar o nosso ser, para que sejamos capazes de transmitir a reconciliação com o nosso ser hospitalidade.

Roma, 8 de Março de 2000

Ir. Pascual Piles
Superior Geral

**PRINCÍPIOS, CARISMA
E MISSÃO DA ORDEM
HOSPITALEIRA DE
S. JOÃO DE DEUS**

1.



1.1. PROJETAR O FUTURO COM BASE NOS NOSSOS PRINCÍPIOS

A Humanidade aproxima-se do Século XXI ao mesmo tempo cheia de temores e de esperanças. Conseguimos progredir impressionantemente na compreensão e domínio do nosso mundo, que hoje nos aparece como uma grande aldeia – a aldeia global – mas, ao mesmo tempo, persistem ou intensificam-se sofrimentos individuais e coletivos, provocados pelas guerras, pelo egoísmo de classe ou de grupo e pela limitação da natureza humana, que nos recorda a presença permanente da dor, da doença e da morte.

A Ordem Hospitaleira de S. João de Deus faz parte desta «aldeia global». Somos 1.500 Irmãos, 40.000 Colaboradores, entre empregados e voluntários, e cerca de 300.000 Colaboradores-benfeitores. Estamos presentes nos cinco Continentes, em 46 nações, com 21 Províncias religiosas, 1 Vice-Província, 6 Delegações Gerais e 5 Delegações Provinciais¹. Realizamos o nosso apostolado a bem dos doentes, dos pobres e dos que sofrem, através de 293 Obras. Sendo membros de um mesmo corpo, a Ordem, vivemos, no entanto, realidades bem diferentes: há quem viva em Obras e sociedades altamente tecnicizadas e quem viva em Obras e sociedades em vias de desenvolvimento; há quem viva em nações envolvidas num clima de paz e quem, ao contrário, viva em países dilacerados pela guerra e pela violência, ou que sofrem ainda as consequências de um passado recente, caracterizado pela violência; há quem goze de plena liberdade na sociedade em que vive e quem, ao contrário, veja a sua liberdade e os seus direitos fundamentais severamente limitados; há quem se dedique ao apostolado propriamente hospitalar e quem, ao contrário, se empenhe nos temas sociais ou nos setores de marginalização; há quem tenha como missão a de ajudar a viver, enquanto para outros o seu campo de ação é o de garantir à pessoa humana o morrer com dignidade; ainda que todos trabalhemos na perspetiva de uma assistência integral, holística, há matizes que nos orientam umas vezes para a saúde física, outras para a saúde mental, ou então para o melhorar das condições para uma vida digna, etc.; finalmente,

¹ NT Dados de 2000. Informação atualizada em <http://www.oh-fbf.it>

há uns que vivem no Norte e outros que vivem no Sul, uns nas culturas do Oriente e outros nas do Ocidente².

Ao iniciar o terceiro milénio da nossa era, homens e mulheres de todas as latitudes se interrogam sobre o futuro da nossa sociedade, das nossas instituições, de nós mesmos. Do mesmo modo todos nós, que tornamos possível a obra da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus no mundo, nos interrogamos sobre o futuro que a Ordem será capaz de construir no próximo milénio ao serviço do homem que sofre, do homem que se encontra em situação de necessidade e que pede a nossa ajuda, para reconstruir o seu projeto pessoal.

Em alguns casos, ao projetar o futuro, pode-se cometer o erro de deixar de lado o passado, não por má vontade, mas simplesmente por descuido, por escassa ponderação, pelo desejo de incorporar realidades novas.

Noutros casos, a necessidade de fazer mudanças profundas e de enfrentar situações de rotura, exige deixar de lado acertos do passado, pois os tempos novos exigem respostas novas, e considera-se oportuno libertarmo-nos do lastro do passado, para haver mais liberdade de construir criativamente o futuro.

É necessário projetar o futuro a partir do presente, tendo em conta toda a tradição positiva do passado: pensamos que seja esta a situação em que se encontra a Ordem Hospitaleira que quer projetar o seu futuro com uma reflexão atualizada dos seus princípios e valores.

Provavelmente haverá lugares e formas de atuação por parte da Ordem que exijam uma mudança e poderá acontecer que em alguns casos essa mudança deva ser radical, se queremos estar presentes neste terceiro milénio a prestar um serviço à população e a transmitir uma mensagem que seja atual. Por isso, não há dúvida nenhuma de que toda a Ordem Hospitaleira

² Cfr. PILES FERRANDO, Pascual, Superior Geral da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, Carta Circular para o sexénio 1994-2000, Roma, 1994, n.º 1.

de S. João de Deus deverá fundamentar-se nos valores que têm caracterizado esta nossa Instituição.

Estes valores deverão ser objeto de inculturação, atualizados na sua expressão, realizados em harmonia com a diversidade dos lugares do mundo, pois só deste modo poderão ser conhecidos e aceites pelas pessoas que venham a ter contacto com as nossas Obras.

Apresentamos, em seguida, o n. 50 dos Estatutos Gerais da Ordem, no qual são enunciados os seguintes princípios:

«Os princípios fundamentais que caracterizam as nossas Obras Apostólicas, são:

- Afirmamos que o centro de interesse é a pessoa assistida;
- Promovemos e defendemos os direitos do enfermo e do necessitado, tendo em conta a sua dignidade pessoal;
- Comprometemo-nos na defesa e promoção da vida humana desde a concepção até à morte natural;
- Reconhecemos o direito das pessoas assistidas a ser convenientemente informadas da sua situação;
- Promovemos uma assistência integral, baseada no trabalho em equipa e no adequado equilíbrio entre a técnica e a humanização nas relações terapêuticas;
- Observamos e promovemos os princípios éticos da Igreja Católica;
- Consideramos um elemento essencial na assistência a dimensão espiritual e religiosa como oferta de cura e salvação, respeitando outros credos e orientações de vida;
- Defendemos o direito a morrer com dignidade e o direito a que se respeitem e atendam os justos desejos dos que estão em transe de morte;
- Damos a máxima atenção à seleção, formação e acompanhamento do pessoal de todas as nossas Obras Apostólicas, tendo em conta não só a sua preparação e competência profissional, mas também a sua sensibilidade perante os valores humanos e os direitos da pessoa;

- Observamos as exigências do segredo profissional e procedemos de modo que sejam respeitadas por todos os que se aproximam dos enfermos e necessitados;
- Valorizamos e promovemos as qualidades e o profissionalismo dos Colaboradores, estimulamo-los a participar ativamente na missão da Ordem e fazemos por que sejam participantes no processo deliberativo nas nossas Obras Apostólicas, em função das suas capacidades e das suas áreas de responsabilidade;
- Respeitamos a liberdade de consciência das pessoas a quem assistimos e dos Colaboradores, mas exigimos que seja respeitada a identidade das nossas Obras Apostólicas;
- Opomo-nos ao afã do lucro; e, por isso, observamos e exigimos que se respeitem as normas económicas e retributivas justas»³.

Consideramos que nós, Irmãos e Colaboradores, somos o «capital» mais importante da Ordem para levar a cabo a sua missão. Por isso, nas nossas relações, empenhamo-nos em respeitar e promover os princípios da justiça social. Nós, Irmãos Hospitalaíros, desejamos partilhar o nosso carisma com quantos se sentem inspirados pelo espírito de S. João de Deus.

Sempre que forem respeitados os nossos princípios, estamos abertos à colaboração e promovemo-la com organismos, tanto da Igreja como da sociedade civil, no campo da nossa missão, com uma atenção preferencial pelos setores sociais mais abandonados⁴.

Os princípios referidos têm a sua raiz no nosso Fundador e foram sendo estruturados ao longo dos anos com a reflexão e o bem-fazer dos seus sucessores. Também nós, de modo semelhante, tendo em conta a tradição, devemos refletir sobre a definição da missão da Ordem Hospitalaíra.

O princípio chave subjacente à obra de João de Deus é o seu desejo de «fazer o bem bem feito; isto é, não se limitar a uma assistência sem vida,

³ ORDEM HOSPITALAIREIRA DE S. JOÃO DE DEUS, Estatutos Gerais, Lisboa, 2012, n.º 50.

⁴ Cfr. LXIII CAPITULO GERAL, A Nova Evangelização e a Hospitalidade no limiar do terceiro milénio, Bogotá, 1994, § 5.6.3.

descuidando a qualidade, mas unindo o sentido de caridade cristã ao de justiça, para oferecer aos doentes e aos necessitados um serviço eficiente e científica e tecnicamente qualificado»⁵.

1. 2. O CARISMA DA ORDEM

João de Deus foi um homem *carismático*: o seu modo de agir atraiu a atenção de quantos o conheceram e a sua influência expandiu-se para além de Granada às aldeias e cidades de Andaluzia e Castela. Este seu carisma transcendia a sua pessoa: não se tratavam só de atitudes e gestos humanos que, exprimindo-se em amor aos doentes e necessitados, suscitavam a admiração e moviam à colaboração com a sua obra.

Em sentido teológico, Carisma é toda a forma de presença do Espírito que enriquece o crente e o capacita para um serviço em favor dos outros. O Religioso consagra-se a viver um carisma particular, como dom recebido do Espírito Santo, mediante a esmerada atenção à graça, o encontro vital com Deus e a abertura e o serviço à Humanidade.

O carisma da Hospitalidade, com que João de Deus foi enriquecido pelo Espírito Santo, encarnou-se nele como gérmen que continuaria a viver em homens e mulheres que no decurso da história prolongaram a presença misericordiosa de Jesus de Nazaré, servindo aos que sofrem, segundo o seu estilo.

As Constituições da nossa Ordem definem assim o *Carisma*: «Em virtude deste dom, somos consagrados pela ação do Espírito Santo, que nos torna participantes, de maneira singular, do amor misericordioso do Pai. Esta experiência transmite-nos atitudes de benevolência e de dedicação, torna-nos capazes de cumprirmos a missão de anunciar e realizar o Reino entre os pobres e os doentes; transforma a nossa existência e faz com que, através

⁵ ORDEM HOSPITALAIRE DE S. JOÃO DE DEUS – CÚRIA GERAL, Irmãos e Colaboradores unidos para servir e promover a vida, Roma, 1992, § 13.

da nossa vida, se torne manifesto a amor especial do Pai pelos mais fracos, que nós procuramos salvar, segundo o estilo de Jesus»⁶.

O Irmão de S. João de Deus consagra-se e vive em comunhão com outros o chamamento a expressar o mesmo carisma. Mas o amor para o interior (comunhão) deve exprimir-se para o exterior, na exigência de uma missão que se compreende como ajuda libertadora em favor dos restantes membros da Igreja e, em geral, de todas as pessoas necessitadas.

Participam diretamente no Carisma de João de Deus, os Irmãos Hospitalaieiros, consagrados em Hospitalidade; e, em jeito de «irradiação» do mesmo, também dele participam os Colaboradores: «Aquele que conhece João de Deus (...) chega a experimentar que na sua vida surge uma espécie de Luz, que suscita nele o convite a viver a Hospitalidade, imitando João ou os seus Irmãos (...) Os fiéis leigos que se sentem convidados a viver a Hospitalidade participam do carisma de João de Deus quando se abrem à espiritualidade e à missão dos Irmãos, encarnando-a na sua vocação pessoal.

Os níveis desta participação são, obviamente, vários: há pessoas que se sentem particularmente ligadas à Ordem através da sua espiritualidade; outras, ao contrário, vivem a participação através do desempenho da sua missão. O importante, porém, é que o dom da Hospitalidade, recebido de João de Deus, estabeleça entre Irmãos e Colaboradores um vínculo de comunhão que seja para uns e outros impulso e estímulo para desenvolver a própria vocação, a fim de serem para o pobre e o necessitado manifestação do amor misericordioso de Deus para com os homens»⁷.

1. 3. A MISSÃO DA ORDEM

No texto das nossas Constituições a *missão* é definida da seguinte forma: «Encorajados pelo dom que recebemos (...) dedicamo-nos ao serviço da

⁶ ORDEM HOSPITALAIREIRA DE S. JOÃO DE DEUS, Constituições, Roma, 1984, n.º2.

⁷ Irmãos e Colaboradores unidos..., Op. cit., nn. 115-116.

Igreja na assistência aos doentes e aos necessitados, com preferência pelos mais pobres»⁸.

Esta disposição geral, válida para toda a Ordem, deve, assim, concretizar-se em cada Obra da Instituição.

Se partimos do facto de que cada Obra é específica e procura dar resposta às necessidades de algumas pessoas, num lugar e tempo concretos, e se pretendemos que a nossa missão seja: **evangelizar o mundo da dor e do sofrimento, através da promoção de Obras e organizações de saúde e/ou sociais, que prestem uma assistência integral à pessoa humana**, daí decorre que, então, em cada situação concreta se dê resposta aos seguintes quesitos:

- Qual a razão de ser desta Obra?
- A quem é dirigido o nosso serviço?
- Quem, de nós, o vai realizar?
- Quais são as estruturas mais idóneas?

Este será o caminho para podermos concretizar os princípios que queremos promover e a missão que queremos realizar na sociedade.

Só quando encarnarmos estes princípios, ou seja, quando o nosso serviço ao homem doente e necessitado, do lugar mais recôndito deste mundo, for iluminado por estes valores a que nos estamos a referir, só então estaremos a tornar possível uma Obra da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus.

Por isso, um outro passo muito importante será o de descrever em cada Centro quem deve ser o Utente do mesmo, o homem doente e necessitado a quem estamos atendendo. Além de dedicarmos a nossa atenção aos utentes, deveremos incluir também na nossa missão não só o doente mas também os seus cuidadores e familiares.

⁸ Constituições, Roma, 1994, n.º5.

Deverá haver idêntica acuação no que se refere à sociedade e ao meio onde estamos situados, às pessoas e às estruturas relacionadas com o funcionamento do Centro.

Os serviços que o Centro presta devem constituir uma realidade dinâmica e em evolução, visto que assim o é a nossa sociedade e em contínua mudança está o homem a quem assistimos.

Para a reflexão:

Nos Centros e Comunidades:

1. Descreve sinais que evidenciem como se está a viver o carisma, a missão e os princípios fundamentais da Ordem.
2. Descreve o que está a tornar difícil ou a ofuscar o pôr em prática o carisma, a missão e os princípios fundamentais da Ordem.
3. Indica as linhas de ação que garantem a vivência do carisma, a missão e os princípios fundamentais da Ordem.
4. Indica os sinais que evidenciem os laços de comunhão na hospitalidade entre Irmãos e Colaboradores.
5. Que é necessário fazer para promover o crescimento destes laços de comunhão na hospitalidade?

**FUNDAMENTOS
BÍBLICO-TEOLÓGICOS
DA HOSPITALIDADE**

2.



2. 1. A APROXIMAÇÃO FILOSÓFICA E RELIGIOSA AO SOFRIMENTO

2.1.1. O homem perante a dor

«O que é o homem? Qual é o significado do sofrimento, do mal, da morte, que subsistem apesar de tantos progressos? (...) Que acontecerá depois da vida presente?»¹.

A realidade do sofrimento humano tem colocado uma inquietante pergunta fundamental à qual os vários sistemas filosóficos e crenças religiosas têm procurado responder com diferentes modalidades, mas sem conseguir eliminar de todo o véu de mistério que a envolve.

Globalmente podemos sintetizar em cinco perspetivas as respostas fundamentais a tão preocupante pergunta.

A primeira é, digamo-lo assim, *mágica* ou *misteriosa* e faz referência à radical inevitabilidade e incompreensibilidade da dor. Com frequência, esta realidade é ligada a um mito de carácter «punitivo» por parte da divindade, ou à superioridade de divindades maléficas sobre outras benéficas. De qualquer modo, tudo é projetado numa dimensão sobrenatural, razão por que podem ser também sobrenaturais os remédios capazes de libertar o homem do sofrimento (bruxos, médiuns, ritos esotéricos, etc.). Este conceito, presente até agora entre os denominados «povos primitivos», subsiste também como substrato ancestral em muitas outras concepções religiosas.

Uma segunda resposta, que a partir da antiga filosofia epicurista atravessou a história até chegar ao hedonismo individualista deste século, é a que podemos chamar a *negação*. Todas as realidades dolorosas da vida constituem um limite à conquista do prazer e, por conseguinte, é bom não se preocupar com isso, procurando gozar o tempo presente até que seja possível. Trata-se, na verdade, como diriam os psicanalistas, de «*remover*» a dor e a angústia criada pela presença daquela. Neste substrato cultural

¹ CONCÍLIO VATICANO II, Constituição Pastoral *Gaudium et Spes*, n. 10, 1964.

mergulham as suas raízes muitas formas de «desespero» contemporâneo que, ao negar a realidade dolorosa, chegam logo a negar a própria vida, quando não se consegue suportar o seu peso existencial.

Outra atitude, oposta à anterior, consiste na **aceitação heroica da dor**. Pelo facto de ter sido sistematizada filosoficamente pelo estoicismo, o correspondente adjetivo «estoico» tornou-se sinónimo daquele que aceita grandes sofrimentos, sem se queixar. Tão corajosa aceitação foi muito bem considerada pelo cristianismo, que na elaboração teológica daquela introduziu elementos de derivação estoica que pareciam harmonizar-se bem com a aceitação da Cruz por parte de Cristo e com a atitude dos mártires. Na realidade, tal contaminação não foi de todo positiva e converteu-se numa das matrizes daquela exaltação pseudocristã do sofrimento, a que foi dado o nome de «**dolorismo**», e da qual ainda nos estamos a libertar com dificuldade.

Uma quarta modalidade de aproximação à dor consiste na sua **anulação**, mediante um caminho interior que conduz progressivamente ao abandono de toda a paixão e de todo o sofrimento, quer físico quer psíquico. Levado à sua mais alta expressão pelo Budismo, verifica-se igualmente a sua presença em outras filosofias e religiões orientais, que hoje exercem o seu fascínio também no mundo ocidental. A atenção aos que sofrem é particularmente evidente na religião budista, que converte a «compaixão» num dos sentimentos universais que aproximam o homem da divindade, embora a ajuda que se dá à pessoa que sofre consista mais em superar os desejos que estão na origem dos problemas, mesmo materiais, do que na solução do que pode ser a sua causa.

A última modalidade, de que falamos com mais pormenor no parágrafo seguinte, é a que encontrou a sua expressão máxima no Cristianismo e que podemos chamar a **valorização**. Sem descobrir completamente o mistério e sem querer transformá-la numa realidade positiva em si mesma, o Cristianismo oferece «razões» à dor, transformando-lhe o seu absurdo em possível instrumento de bem para quem sofre e para os outros. Um tal processo

é possível verificá-lo também como simples sublimação psicológica do indivíduo, quando encontra uma racionalização para a experiência dolorosa ou, então, algumas compensações de comportamento.

Em qualquer caso e para além destas interpretações, não podemos deixar de considerar uma *dimensão absolutamente pessoal* do sofrimento, cujo significado escapa a qualquer generalização, já que só tem sentido no universo existencial de cada indivíduo. Nesta perspectiva, o sofrimento converte-se em elemento biográfico cujo mistério mais profundo nunca poderá ser descoberto nem remetido para uma desejada racionalidade.

2.1.2. O sofrimento e os sofredores no Cristianismo

Na visão judaico-cristã a dor, assim como o mal de que é expressão, não pertence ao projeto originário da Criação, por outras palavras, não provém de Deus. Por isso, ao contrário do que acontece noutras religiões, não há uma divindade na origem do mal. A dor, e o mal que dela é expressão, pertence à condição humana, mas, ao mesmo tempo, expressa o mistério de uma realidade que Deus não quer e com a qual não se alegra e que só espera redimir. Uma realidade negativa, uma «ausência» mais que presença, como já intuía Santo Agostinho.

Para fazer isto, a Sagrada Escritura recorre à imagem mítica de uma condição humana isenta de qualquer sofrimento e na qual entra a dor porque o homem não obedece a uma ordem de Deus, quer dizer, na verdade afasta-se do seu amor. A imagem da serpente converte-se em símbolo de idolatria, isto é, do «não fiar-se em Deus» para lhe preferir uma realidade criada, fazendo dela a sua divindade.

Durante muitos séculos este nexos «ontológico» entre a culpa, por um lado, e o sofrimento como sua punição, por outro lado, foi entendido por Israel em sentido «pessoal», vendo em cada dor o castigo por um pecado (mentalidade que ainda hoje é frequente encontrar-se). Os sábios de Israel, embora não evidenciando apenas o paradoxo entre a «felicidade do ímpio»

e o «sofrimento do justo», deduziram que o ímpio iria ser castigado na sua descendência e que o justo estava a expiar em si mesmo as culpas dos seus pais.

O primeiro dramático grito contra esta visão do problema está contido no livro de Job. Com uma sensibilidade que ainda hoje surpreende pela sua modernidade, Job insurge-se contra tal conceito e pede contas a Deus do porquê um «justo» como ele tenha que sofrer de modo tão desproporcionado às suas possíveis culpas. A resposta de Deus, contudo, não é explícita, mas concretiza-se fundamentalmente no convite a acolher o mistério sem pretender explicá-lo e sem renunciar à fé num Deus que apenas quer o bem dos seus filhos.

Esta grande tipologia do «justo sofredor» é representada solenemente na figura do «servo sofredor de jhwh (Javé)», um personagem no qual a sucessiva tradição foi identificando a imagem de Cristo que «carrega» os sofrimentos do povo, libertando-o deles. Uma tal «expição vicária», densamente identificada por Paulo em Rom. 3, 25, mais do que como «castigo» de um único homem em lugar de todo o povo, deve ser entendida no sentido dos antigos sacrifícios de expiação, mediante os quais o sacrifício da vítima se tornava instrumento do perdão de Deus. O sacrifício de Cristo e, em virtude do seu corpo místico, a dor dos crentes (e segundo a perspectiva de Rom. 8, 19 e Ef. 1, 7-10, também do mundo inteiro) converte-se assim em instrumento do perdão de Deus.

2.1.3. A mensagem evangélica da libertação

A dimensão subjetiva de libertação pela qual Jesus Cristo na sua carne liberta o homem do pecado e, por isso, de todas as suas consequências, adquire também uma incidência prática nas suas obras. As curas dos doentes, o acolhimento ao marginalizado, a defesa do pobre constituem uma parte essencial da sua missão. A sua ação em favor dos pobres e dos últimos é até sinal específico do seu messianismo. (Cf. Mt. 11, 3-5). É, assim, plenamente recuperada a força da libertação integral do homem por parte de Deus,

da qual o Êxodo já tinha sido uma experiência histórica e um testemunho simbólico.

A atitude de Jesus perante o doente é não só significativa mas, para nós, também exemplar. Jesus participa profundamente nas vicissitudes existenciais do doente e dos seus familiares (Cf. Mt. 14, 14; 15, 32; Lc. 7, 13; Jo. 11, 36); não contesta, nem critica, nem desaprova a sua vontade de cura; com frequência é Ele que toma a iniciativa (Cf. Mc. 10, 49; Lc. 8, 49); Jo. 5, 6); nega qualquer conexão entre pecado individual e doença atual (Cf. Jo. 9, 1-3); cura integralmente a pessoa doente (Cf. Mt. 9, 1-7). Quer dizer, as suas obras não se limitam a simples gestos taumatúrgicos, mas têm como finalidade o bem integral da pessoa, a sua *salus* e não só a sua *sanitas*.

O cuidado do necessitado carrega-se, assim, de múltiplos significados e converte-se antes de mais num novo sinal da aliança entre o homem e Deus. O pacto entre o Criador e a Criação é de novo proposto pelo amor de Deus «ao curar» o pobre, o doente, o excluído que, de posse deste amor, volta a viver de novo. Ao confiar aos *christifideles (fiéis cristãos)* a continuidade deste cuidado, encontramos assim o fundamento «carismático» da Hospitalidade, sobre cujas raízes bíblico-teológicas é oportuna uma reflexão mais completa e sistemática.

2.2. A HOSPITALIDADE NO ANTIGO TESTAMENTO

2.2.1. O Deus hospitalidade

Hoje em dia, ao falar de hospitalidade referimo-nos, em geral, ao acolhimento que oferecemos a outra pessoa em nossa casa. Mas, se quisermos ir ao mais profundo sentido teológico desta atitude humana, devemos, antes de mais, captar a dimensão ontológica da Hospitalidade.

Não será ousado ver na própria realidade trinitária a raiz mais profunda de uma vida divina que se faz hospitalidade: a hospitalidade do Pai que, desde a eternidade, «faz espaço» na sua essência para gerar o Filho, mas também a hospitalidade do Filho que acolhe em si o dom geracional do Pai; por

último, a hospitalidade do Espírito Santo que se faz reciprocidade do dom paterno-filial e, por conseguinte, identidade pessoal de um amor que acolhe.

Esta dimensão trinitária da Hospitalidade não se refere só à essência divina, mas também à sua morada na pessoa humana, que se torna sujeito hospitaleiro da divindade (Cf. Jo. 13, 20). No antigo cânon latino, a própria participação na eucaristia era assemelhada ao receber Jesus debaixo do próprio teto, enquanto o ser «hóspede da alma» se converte numa denominação do Espírito Santo².

Ao nível da imanência, a própria Criação revela-se como fruto desta primordial Hospitalidade divina que, na sua essência, gera e, ao mesmo tempo, acolhe um projeto que realiza para fora de si. É a Hospitalidade que, no próprio ato de ser tal, agarra a eternidade descendo-a à dimensão histórica e, por conseguinte, ainda antes de hóspede do homem, faz-se hóspede do tempo. No entanto, é na criação do homem que Deus manifesta mais cabalmente o seu ser Hospitalidade, deixando espaço na sua criação para a presença e o domínio do homem, hospedando-o, ainda antes da sua criação, na sua mente criadora, da qual traz a marca.

E à criação segue-se logo a Aliança, nas suas múltiplas expressões, simbolizadas pelo relato bíblico. Precisamente por ser encontro entre Deus e o ser humano, a aliança de que a Sagrada Escritura nos fala converte-se não só em encontro entre Deus e o seu hóspede, mas também entre o ser humano e o seu hóspede divino. Embora expressa por realidades ontologicamente diferentes, na aliança a hospitalidade faz-se reciprocidade, dádiva recíproca. E todas as vezes que – na história individual ou coletiva – esta aliança se rompe, o perdão divino e a consequente reconciliação com o ser humano dão testemunho dos inesgotáveis recursos de um acolhimento sempre novo.

² Cfr. Hino Veni Sancte Spiritus

2.2.2. O conceito de hospitalidade

O contexto cultural subjacente ao Antigo Testamento é o do mundo semítico, marcado por uma tensão entre o acolhimento ao hóspede e, ao mesmo tempo, por uma certa desconfiança em relação a ele, como elemento de «ameaça» para a identidade do povo. Em tudo isto, o que unifica a atitude de Israel para com o outro é o considerá-lo como estrangeiro. A este respeito há três termos, pelo menos, que nos dão a entender diferentes atitudes. O primeiro é **zar** e indica o que pertence a uma outra estirpe ou tribo, que é forasteiro no próprio país, por vezes também o inimigo (Dt. 25, 5; Jb. 15, 19; Is. 61, 5; 25, 2.5). O segundo é **ger** e indica o estrangeiro residente no país (os Israelitas no Egito ou os Cananeus em Israel). O terceiro é **tosab** e indica o estrangeiro residente noutra país temporariamente (Gen. 23, 4; Dt. 14, 21). Esta multiplicidade terminológica testemunha a diversidade da atitude perante o estrangeiro em relação com a específica condição em que este venha a encontrar-se. Em síntese, podemos dizer que Israel distinguia entre os povos estrangeiros, os estrangeiros residentes no país e os estrangeiros de passagem. Precisamente com estes é que era exercitada a hospitalidade na sua forma mais nobre. Pensemos no relato de Gén. 19, 1-8, no qual Lot está disposto a oferecer as suas filhas aos homens da cidade, na condição de que estes não toquem nos hóspedes. De facto, na origem desta disparidade de comportamento talvez houvesse uma mesma finalidade: a de vencer a ameaça que o estrangeiro constituía para a sua comunidade e identidade, quer hostilizando-o e considerando-o inimigo, quer rodeando-o de atenções. Encontramos, na verdade, um indício desta ambivalência nas tardias interpretações latinas deste conceito com a raiz comum do termo hóspede (*hospes*) e inimigo (*hostis*).

Naturalmente que se esta era a visão mais específica e pertinente em Israel, não devemos esquecer aquilo que o mesmo Israel vivia e praticava para com os seus próprios concidadãos. Em rigor de termos, o «próximo» (cujo conceito será totalmente reexplicado por Jesus) era o compatriota, o correligionário. Praticar a hospitalidade para com ele era um dever fundamental, precisamente enquanto membro daquele povo cuja identidade era não só étnica, mas também e, sobretudo, religiosa. Em virtude de ser o povo

escolhido de Deus, Israel descobria as exigências de hospitalidade para com todas as categorias de pessoas (basta pensar nos órfãos e nas viúvas) que dela tinham necessidade.

2.2.3. As razões da hospitalidade

A Hospitalidade no contexto do Antigo Testamento, assim como em todas as culturas antigas, não deve ser entendida nos termos modernos de um simples acolhimento ao hóspede, com cama e mesa, mas antes como uma radical «inclusão» do hóspede no âmbito da própria roda de afazeres do hospedeiro, na sua tutela contra os inimigos, na sua proteção, no seu profundo respeito existencial, no cuidado da sua pessoa perante todas as possíveis necessidades.

As razões desta atenção (juntamente com as dos compatriotas supra referidas) são várias. Em primeiro lugar há uma razão cultural que Israel partilha com os povos vizinhos. Trata-se da ideia segundo a qual pode esconder-se uma divindade no estrangeiro que procura hospitalidade. Na elaboração monoteísta, as divindades transformam-se em anjos. Há um claro indício disto em Heb. 13, 2: ***«Não vos esqueçais da hospitalidade porque, por ela, alguns, sem o saberem, hospedaram anjos».***

Uma segunda motivação é mais específica e refere-se claramente à história de Israel. O «arameu errante» que foi Abraão, pai do povo eleito, viveu como estrangeiro, e foi como estrangeiro que Israel viveu na terra do Egito. Israel compreende, pois, muito bem a condição do estrangeiro e sabe como ele necessita de hospitalidade. Se se sentisse tentado a desprezá-lo, a advertência da Sagrada Escritura é muito clara: «O estrangeiro que reside convosco será tratado como um dos vossos compatriotas e amá-lo-ás como a ti mesmo, por que fostes estrangeiros na terra do Egito» (Lev. 19, 34; cf. também Êx. 22, 20; 23, 9).

Por último, há uma motivação religiosa (que será desenvolvida no Novo Testamento), isto é, o exemplo divino. É o Deus da Hospitalidade, em

primeiro lugar, quem acolhe o estrangeiro, pede-lhe para ser seu anfitrião (cfr. Deut. 10, 18), e quer que lhe sejam dados parte dos bens consagrados a Deus (cfr. Deut. 26, 12). O facto de Israel também se comportar assim não é nada mais do que a implementação da vontade de Deus, um dos caminhos de fidelidade à Lei (cfr. Lev. 16, 29; 18, 26; 19, 10.33).

2.2.4. As referências mais importantes

De entre os episódios mais significativos recordemos a visita dos três homens a Abraão, próximo do carvalho de Mambré. É de notar como Abraão reconhece no hóspede o seu «Senhor». Ainda antes de conhecer os motivos de tal visita e entre a multiplicidade dos interlocutores ele capta a «visita» de Deus. Todos os seus gestos são consequentes e podem ser lidos numa chave abertamente teológica: prostra-se por terra (culto), prepara pessoalmente o cordeiro e o leite (oferenda), acredita nas palavras dos três personagens (fé), suplica-lhes que não destruam Sodoma (oração). Por outras palavras, a hospitalidade torna-se ocasião de encontro com Deus.

Exemplar e pedagógico, na intenção do autor sagrado, é o episódio da viúva de Sarepta que não falha nos seus deveres de hospitalidade para com Elias, partilhando com ele o último pedaço de comida que tinha para ela e para o seu filho. Não só isto, mas em virtude desta hospitalidade o filho é curado pelo profeta (cfr. 1 Re. 17, 20). Uma situação análoga, em certo sentido, podemos encontrá-la no relato que se refere à prostituta Raab, que esconde os exploradores enviados por Josué a Jericó, e recebe deles, em troca, a incolumidade para si e para a sua família (cfr. Jos. 2, 1-12). Uma relação entre a vida da pessoa que acolhe e a vida das pessoas acolhidas podemos vê-la também no livro de Tobias em que se refere que deu o dízimo dos seus bens às viúvas, aos órfãos e aos estrangeiros (cfr. Tob. 1. 8): a Hospitalidade, que é gesto de acolhimento à vida do outro, é recompensada com o próprio dom da vida.

O Sirácida convida poeticamente à hospitalidade para com todas as categorias de necessitados: *«Sê como um pai para os órfãos e como um marido*

para as viúvas, e serás filho do Altíssimo; e Ele amar-te-á mais do que a tua mãe» (Sir. 4, 10). A hospitalidade a que a Sagrada Escritura nos chama, torna-nos de certo modo «familiares» da pessoa acolhida e, ao mesmo tempo, faz-nos experimentar a ternura materna de Deus. Não esqueçamos a forte carga de feminilidade encerrada no conceito de misericórdia. O termo hebraico *rachamim* relaciona-se, de facto, etimologicamente, com as entranhas maternas que se dilatam para acolher a nova vida. Hospitalidade e misericórdia encontram-se, assim, unidas num binómio que se converte em ícone do Deus misericordioso, «amante da vida» (cfr. Sab. 11, 26).

Precisamente nesta perspetiva se coloca a hospitalidade com o doente, isto é, a atitude e os gestos concretos de acolhimento para com ele. É exemplar a este respeito a figura do arcanjo Rafael que, enquanto «medicina de Deus», é presença que acolhe e sara. A sua figura converte-se em metáfora não só da «resolução médica» do problema, se assim nos podemos expressar, mas também do acompanhamento do doente, do marginalizado, do moribundo, do pobre cujo único medicamento é só, por vezes, uma presença amiga.

Destinatário desta atitude hospitaleira é também o morto, como o manifesta o livro de Tobias, pondo-a em estreita relação com a hospitalidade tradicionalmente entendida (Tob. 2, 1-4). Tobias, na verdade, manda o filho procurar um pobre para convidá-lo a almoçar; mas ele só encontra um compatriota morto, abandonado na praça. Perante isto não tem dúvida: deixa o alimento e vai sepultá-lo. Em certo sentido, este gesto converte-se no seu acolhimento do pobre.

Por último, não podemos deixar de ter em conta um relato que inclui a dimensão da hospitalidade na ascendência histórica do Messias. É a história de Rut, mulher estrangeira que acompanha a sua sogra, Noemi, à sua terra de origem, acabando por casar-se com Booz, em cujo campo de trigo tinha ido respigar. Desta união nascerá o avô de David. Os dois serão «premiados» com o tornarem-se antepassados de Jesus, porque recíproca tinha sido a sua hospitalidade: o acolhimento de Booz à mulher estrangeira e, por parte de

Rut, o acolhimento de um país estrangeiro pelo qual deixa o seu. Quer dizer, a hospitalidade, como dom de mútuo acolhimento, abandona as próprias certezas para encontrar na novidade do encontro uma nova segurança.

2.2.5. A hospitalidade institucional

Uma realidade de particular interesse é constituída pela escolha de seis cidades que «servirão de refúgio aos filhos de Israel, aos peregrinos e a qualquer outro que viva no meio de vós, para ali encontrar asilo quem quer que tenha morto alguém involuntariamente» (Num. 35, 15). A instituição destas cidades-refúgio constitui o momento em que a hospitalidade individual e/ou comunitária se converte em estrutural. Já não é chamada só a pessoa a ser hospitalidade nem o povo com gestos individuais, mas toda a comunidade se faz «instituição acolhedora». A cidade torna-se quase um ícone de qualquer futuro organismo, inteiramente dedicado a acolher o outro em situação de necessidade e a dar-lhe tudo o que precise, não somente uma hospitalidade momentânea, mas uma cidade, um completo sistema de coordenadas biográficas em que possa voltar a viver.

2.3. A HOSPITALIDADE NO NOVO TESTAMENTO

2.3.1. A perspetiva evangélica

Antes de examinar os gestos concretos de hospitalidade da parte de Jesus, deverá refletir-se sobre o acontecimento «hospitaleiro» que está na base da própria fé cristã, isto é, a Encarnação. Maria torna-se a grande *«hospedeira de Deus»*, acolhendo-o no seu seio, enquanto o Emanuel, o «Deus Connosco», se converte no Hóspede da humanidade inteira. Não é por acaso que deste acolhimento de Maria, poeticamente expresso na Anunciação, brota de imediato um gesto delicadamente hospitaleiro como a visita a Isabel e o acolhimento desta à mãe de Jesus.

Aos conteúdos e às motivações da hospitalidade, referidos ao Antigo Testamento, o Novo Testamento junta a inovadora contribuição da mensagem

e das obras de Jesus. O acolhimento ao outro, sobretudo se necessitado, adquire, à luz do Evangelho, uma tríplice perspetiva.

A primeira depreende-se da **identificação do próprio Cristo com o pobre** (cfr. Mt. 25, 31-45). Acolhendo ao pobre acolhe-se a Cristo, para amar a Cristo tem que se amar o pobre, o que fazemos (ou não fazemos) ao pobre o fazemos (ou não fazemos) a Cristo. É uma verdadeira e própria transfiguração do pobre em Cristo, não menos emblemática que aquela que nos recorda o célebre episódio da vida de S. João de Deus³.

A segunda perspetiva é a do **juízo escatológico**. Exclusivamente baseado na caridade (e não na observância formal dos mandamentos), este encontra na hospitalidade, em si mesma entendida, um dos parâmetros de avaliação. Não só isto, mas até que, numa mais ampla aceção do termo, podemos dizer que a hospitalidade, ou seja, o acolhimento ao outro, o convertê-lo em objeto de cuidados, é a alma de toda a mensagem escatológica.

Por último, o Deus Hospitalidade do antigo Testamento que defendia o forasteiro, o órfão e a viúva, **faz-se visível em Cristo** cuja vida é inteiramente consumida ao serviço dos outros. As suas palavras não são, assim, uma simples exortação, mas tomam corpo na sua própria atividade, que se converte em referência exemplar para todos os cristãos. Seria impossível querer sintetizar os gestos de hospitalidade, isto é, de acolhimento ao outro, da parte de Cristo. Limitamo-nos a recordar, antes de mais, a atitude de benevolência com que se encontra com cada doente, não se limitando a curar-lhe a enfermidade, mas a abraçar todo o seu universo existencial. Toca o leproso, derrubando o muro da segregação que o marginalizava, devolve a vista ao cego abrindo os olhos a todos sobre a errónea crença de uma relação entre culpabilidade individual e doença, ressuscita o filho da viúva de Naim, sensibilizado pela situação desta mulher. Depois, ainda acolhe as prostitutas e com isso as críticas dos bem-pensantes; faz-se hóspede dos publicanos comendo à sua mesa; aceita a hostilidade do seu povo, o

³ Tradição que se refere ao momento em que João de Deus lavava os pés a um necessitado e este se transfigurou na pessoa de Jesus.

suplício dos seus algozes, para os quais não hesita em pedir perdão; suporta a traição ou o medo dos seus amigos, a abjeção da Cruz.

Cristo, numa palavra, é «o grande acolhedor da história» e com Ele estão chamados a confrontar-se todos os que quiserem trilhar as sendas da hospitalidade.

2.3.2. A *philoxenía*

A múltipla terminologia do Antigo Testamento, mesmo se traduzida no Novo com apropriados e diversificados vocábulos, é «superada», de algum modo, por um termo específico que designa especialmente a hospitalidade: *philoxenía*, isto é, o amor pela pessoa estrangeira. Este nexo entre hospitalidade e caridade (*philoxenía* e *ágape*) é a característica específica que distingue a hospitalidade neotestamentária.

Podemos dizer, portanto, que a *philoxenía* constitui quase um termo «técnico» que entrou no vocabulário cristão para indicar uma particular atitude de acolhimento em relação aos cristãos, em geral, e aos mais necessitados, em particular. Não é por acaso que está incluída nos «exemplos» de Mateus sobre a caridade no que se refere ao já citado juízo escatológico (Mt. 25, 35); Paulo inclui-a nas exortações que derivam do exercício da caridade (Rom. 12, 13); Pedro faz o mesmo sublinhando o dever da reciprocidade (1 Ped. 4, 9); a carta aos Hebreus considera-a inseparável da *philoxenía*, isto é, do amor pelos irmãos. Todos a devem praticar mas, ao mesmo tempo, é uma particular incumbência do Bispo (1 Tim. 3, 2; 5, 10; Tito, 1, 8).

Em resumo, a Sagrada Escritura deixa transparecer que aquela que é uma exigência genérica da Caridade pode transformar-se numa expressão carismática específica por parte de algumas pessoas chamadas a isso.

2.3.3. Hospitalidade e evangelização

Para além desta dimensão que põe em estreita correlação hospitalidade e caridade, há uma outra peculiar motivação neotestamentária para valorizar esta virtude: as exigências da evangelização nunca estão separadas do mandamento da cura – **«curai os doentes que aí houver e dizei-lhes: está próximo o Reino de Deus»** (Lc. 10, 9; cfr. Mt. 10, 7-8). Um pouco como nas modernas «missões populares», as casas dos cristãos tornavam-se em autênticos **«centros de escuta»**. Este dever de acolhimento está especificamente indicado em 3 Jo. 7-8: **«já que partiram em nome de Cristo, sem aceitar nada dos pagãos, nós temos o dever de acolher tais pessoas, para cooperarmos na difusão da verdade»**. Sobre esta práxis temos vários testemunhos no Novo Testamento (Rom. 16, 4.23; Fil. 22) e em virtude desta estratégia de evangelização por vezes convertiam-se famílias inteiras (cfr. Act. 16). A hospitalidade faz-se assim instrumento de evangelização, tanto na perspectiva do testemunho como na palavra e, para a comunidade, as estruturas de hospitalidade funcionam como sinal e lugar do anúncio da integral libertação evangélica.

2.3.4. O Bom Samaritano

A grande parábola da hospitalidade é a do **«Bom Samaritano»**, na qual é identificado o próprio Cristo e o ideal do cristão pela contínua tradição da Igreja⁴. É por demais significativo o motivo que origina esta parábola, isto é, um pedido feito a Jesus sobre o que se devia entender por próximo. Na conceção hebraica daquele tempo, só era considerado «próximo» e, portanto, merecedor do amor de Israel, o compatriota ou a pessoa vinculada por laços particulares (de sangue, de amizade, etc.). Com um paradoxo inaudito para indicar quem é o «próximo» – o que está mais perto – Jesus escolhe «o mais afastado», o odiado inimigo samaritano.

A parábola tem interesse também porque oferece elementos para uma espécie de metodologia da hospitalidade, que pode ser para nós de exemplar

⁴ Cfr. JOÃO PAULO II in Salvifici Doloris, 1984, Capítulo VII.

atualidade. O samaritano põe o acolhimento do ferido acima dos seus interesses pessoais (estava de viagem, para, adia os seus compromissos) e faz isto não se conformando ao comportamento dos outros (não só o sacerdote e o levita, mas também os próprios samaritanos). Cumpre, assim, o que considera ser o seu dever sem negar-se a fazê-lo porque «todos fazem assim».

Em seguida, utiliza o melhor que pode os recursos de que dispõe. Enfaixa as feridas como pode, limpa-as e trata-as com os únicos remédios que tem consigo, carrega o ferido na sua montada e procura encontrar para ele um alojamento adequado.

Por último, organiza uma estrutura assistencial e, ao fazê-lo, envolve a comunidade. O estalajadeiro converte-se, assim, no protótipo de qualquer realização social que, oportunamente solicitada por quem recebeu o carisma da hospitalidade, se converte em instituição de acolhimento. Com um *são pragmatismo*, o samaritano preocupa-se em encontrar fundos para a assistência ao doente, dá do seu próprio dinheiro, isto é, faz-se mediação de uma autêntica solidariedade social.

A conclusão da parábola é o perene convite feito história na vida de S. João de Deus e de todos aqueles que têm recebido como dom o carisma da hospitalidade: «*vai e faz o mesmo*».

Para a reflexão

1. Ilustra com exemplos os atos mais comuns de aproximação que vemos entre nós (Irmãos, Colaboradores e assistidos) perante a dor humana (cfr. 2.1.1).
2. Assinala a evolução progressiva da hospitalidade entre o Antigo e o Novo Testamento (diferenças, afinidades, superação de conceitos, etc.).

**O CARISMA DA
HOSPITALIDADE EM
S. JOÃO DE DEUS E NA
ORDEM HOSPITALEIRA**

3.



3.1. O CARISMA DA HOSPITALIDADE EM S. JOÃO DE DEUS

Carisma da hospitalidade significa um dom concedido pelo Espírito Santo para uma missão eclesial em favor dos pobres e necessitados. O nosso Fundador viveu este carisma e a consequente missão com um estilo próprio e tão característico que iniciou uma «cultura» hospitaleira original e de grande vitalidade. A «cultura» hospitaleira joandeína constitui um original valor profético de renovação na Igreja e na sociedade¹.

¹ A Ordem Hospitaleira dispõe hoje de uma rica documentação para estudar e aprofundar nas suas linhas gerais a vitalidade do carisma hospitaleiro. As fontes de documentação convertem-se assim num meio para chegar ao manancial do carisma hospitaleiro de S. João de Deus e às suas características.

Cronologicamente e por ordem de importância, dispomos de seis cartas de S. João de Deus e de três cartas de S. João de Ávila dirigidas a ele. Estas cartas estão à nossa disposição em edições críticas e apresentam-nos um retrato direto de S. João de Deus. Fazem-nos ver e apaixonar por um personagem, um membro vivo seguidor do primeiro Hospitaleiro da história, Jesus Cristo. Fazem-nos entrever a sua paixão pelo homem necessitado e sofredor, pela Igreja sua mãe e por todos os seus filhos.

A segunda fonte por ordem de importância é, sem dúvida, a Biografia do Santo, escrita por Francisco de Castro e publicada em 1585: *História de la vida y sanctas obras de Juã de Dios y de la Institución de su Orden, y principio de su hospital, en Granada, en casa de Antonio Librixa, Año de MDXXXV*. Com um grande fundamento histórico, constitui um relatório profundo do percurso humano e espiritual do Santo em que se coloca em relevo a hospitalidade divina para com ele como fonte da sua hospitalidade sem fronteiras e para com todos os pobres e doentes.

A partir de 1995 a Família Hospitaleira dispõe de uma fonte de vida e hospitalidade de S. João de Deus, nova e preciosa. Trata-se da Documentação proveniente do Arquivo da *Deputación Provincial* de Granada, que fez parte do pleito «entre os Irmãos do Hospital de João de Deus e os Frades e Convento do mosteiro de S. Jerónimo». Esta documentação tem a data de 12.03.1570 (o processo, porém, começou em 1572) e consiste em 171 folhas manuscritas que foram transcritas por José SÁNCHEZ MARTINEZ no seu livro: *Kénosis y Diakonia en el itinerário espiritual de San Juan de Dios*, Madrid, 1995. Das 17 testemunhas que responderam às 26 perguntas, 10 tinham conhecido S. João de Deus. Esta e outra documentação são utilizadas por Sánchez num outro trabalho sobre o mesmo processo, constituindo a terceira fonte por ordem de importância para estudar a hospitalidade de S. João de Deus.

Por outro lado, contamos com as primeiras Constituições do hospital de Granada e três Bulas fundamentais:

1. *Licet ex debito*, de Pio V (1 de Janeiro de 1572).
2. *Etsi pro debito*, de Sisto V (1 de Outubro de 1586).
3. *Piorum Virorum*, Breve de Paulo V (12 de Abril de 1608).

Têm um valor decisivo porque estes documentos aproximam-nos de S. João de Deus e dos princípios teológicos e jurídicos da nossa hospitalidade. A estes devemos acrescentar as petições

Para a Família Hospitaleira, deve continuar a ser um fermento de revitalização dos serviços da Ordem em todo o mundo. Apresentamos as suas principais características.

3.1.1. Hospitalidade misericordiosa

A Hospitalidade joandeína brotou da experiência cristã da misericórdia de Deus vivida pelo nosso Fundador, ao ser-lhe revelada a sua condição de pecador e a grandeza da misericórdia e do amor de Deus, que perdoa gratuitamente e quer a comunhão de vida com todos os seus filhos. Esta

dos Superiores Gerais, de graças e aprovações, que deram lugar a essas bulas. Ambas são consideradas como fontes da nossa hospitalidade.

Das primeiras Constituições recordamos:

1. Regla y Constituciones para el Hospital de Ioan de Dios, desta ciudad de Granada... 1585.
2. Constituciones hechas en el primer Capítulo General en Roma año de 1587.
3. Costituzioni et ordini da osservarsi dagli Frati dell'Ordine di Giovanni di Dio ... 1589.
4. Costituzioni del devoto Giovanni di Dio – d'Italia, 1596.
5. Regla del Bienaventurado Padre San Agustín y Constituciones de la Orden de Juan de Dios, Madrid, 1612.

A documentação moderna é abundante; para não exagerar, recordamos apenas alguns títulos de entre os mais significativos, publicados depois do Capítulo Geral de 1976 e que citamos aqui por ordem cronológica:

- P. Marchesi, *As bases da renovação* (1982).
- P. Marchesi, *A Humanização* (1981).
- *A Dimensão apostólica da Ordem de S. João de Deus* (1982).
- Constituições da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, (1984).
- P. Marchesi, *A Hospitalidade dos Irmãos de S. João de Deus rumo ao ano 2000* (1986).
- Declarações do LXII Capítulo Geral (1988).
- Brian O'Donnell, Servo e Profeta, (1990).
- João de Deus continua vivo (1991).
- Irmãos e Colaboradores unidos para servir e promover a vida (1992).
- A Nova Evangelização e a Nova Hospitalidade (1994).
- P. Piles, A força da caridade (1995).
- P. Piles, João de Deus: chamada para a nova hospitalidade (1996).
- P. Piles, Deixai-vos guiar pelo Espírito (1996).
- A Dimensão Missionária da Ordem Hospitaleira. Profetas no mundo da saúde (1997).

Os estudos e investigações feitos ao longo dos séculos e recentemente, sobre a vida, a espiritualidade e a hospitalidade de S. João de Deus, representam contributos de grande importância para aprofundar o tema tratado nesta «Carta de Identidade». Para não sobrecarregá-la, remetemos para os títulos mais significativos da bibliografia.

experiência constitui a característica fundamental e a fonte de onde brota a riqueza da hospitalidade de S. João de Deus: **«Se considerássemos como é grande a misericórdia de Deus, nunca deixaríamos de fazer o bem enquanto pudéssemos»**².

Costumamos considerar S. João de Deus como fundamentalmente misericordioso, compassivo, capaz de compreender, de perdoar, e temos razão; mas isto é uma consequência da sua consciente e permanente vivência em relação à misericórdia e ao perdão de Deus e de Cristo para com ele. Ele via a vida e as coisas da vida como dons divinos gratuitos da misericórdia divina: **«...devemos dar graças a Nosso Senhor Jesus Cristo, por usar para connosco de tanta misericórdia, dando-nos de comer, de beber e de vestir, e todas as coisas sem o merecermos»**³.

O bem mais desejado e pedido pelo nosso Fundador durante a sua conversão foi o perdão e a misericórdia divina, como podemos ler nos capítulos VII, VIII e IX da sua biografia, em Castro. Suspirou e pediu pela misericórdia do Senhor e, tendo-a recebido, fez-se intermediário dela para todos os necessitados.

A hospitalidade misericordiosa de S. João de Deus é, sem dúvida, o que mais chama à atenção, pelas suas ações extraordinárias em favor de todas as categorias de necessitados e sofredores.

Podemos afirmar de maneira absoluta que a experiência profunda da hospitalidade misericordiosa de Deus para com ele o transformou em hospitalaieiro misericordioso para com todos sem exceção e quase, podemos dizê-lo, sem limites. Nas suas ações, não conhecemos limites de necessitados e sofredores que não tenha socorrido. A lista dos necessitados de Granada e dos arredores, socorridos por S. João de Deus, que Castro nos apresenta no capítulo XII, e a que o mesmo Santo apresenta na **Segunda Carta a**

² 1.ª Carta de S. João de Deus à Duquesa de Sesa (1DS), 13. Relativamente a este tema cfr. GAMEIRO, Aires, in *Koinonia, filoxenia e martírium em S. João de Deus e na sua Ordem nascente*. Tese de doutoramento, Roma, 1996.

³ 2.ª Carta de S. João de Deus à Duquesa de Sesa, (2DS), 18.

Guterres Lasso, coincidem e abrangem quase todas as categorias existentes na cidade de Granada, no seu tempo.

3.1.2. Hospitalidade solidária

Esta experiência e revelação da misericórdia de Deus para com ele provocaram duas respostas: uma **de aniquilamento** (*Kénosis*)⁴ ou humilhação penitencial, bem visível nas fontes; depois, uma resposta **de hospitalidade misericordiosa** para com todos os necessitados, sofredores e pecadores⁵. Francisco de Castro descreve-nos como João de Deus, no dia da sua conversão, de livreiro pobre que era, se desfez de tudo o que tinha para se fazer um seguidor de Jesus Cristo. Diz ainda:

*«Andava sempre descalço, tanto na cidade como em todas as suas viagens, com a cabeça descoberta, com a barba e o cabelo rapados à navalha, sem camisa nem outro vestido mais do que um capote de burel apertado com um cinto e uns safões de estamenha. Andava sempre a pé, sem nunca usar cavalgadura, tanto nas viagens como fora delas, por mais cansado e ferido dos pés que estivesse. Quer chovesse quer nevasse, nunca cobriu a cabeça, desde o dia em que começou a servir a Nosso Senhor, até que Ele o chamou para Si. Contudo, compadecia-se dos mais ligeiros sofrimentos dos seus próximos e procurava remediá-los, como se ele próprio vivesse em grandes comodidades»*⁶.

A sua primeira casa começou por ser muito pobre para acolher outros pobres como ele. Castro conta-nos isso em poucas palavras:

⁴ Cfr. SANCHEZ MARTINEZ, José, in *Kénosis y Diaconia en ele itinerário espiritual de San Juan de Dios*. Madrid, 1995.

⁵ Cfr. 2ª Carta de João de Deus a Guterres Lasso (2GL), 5. Estas listas não são exaustivas. Castro, no capítulo XVI, tem intenção de acrescentar outros necessitados. O Santo assistiu pessoas sofredoras de males morais mais agudos. Conhecemos a sua solicitude e misericórdia para com as prostitutas, os presos, os marginalizados, os mouros e, provavelmente, os «cristãos novos», de origem judia, os escravos e outros excluídos sociais, como os doentes incuráveis.

⁶ CASTRO, op. cit., Capítulo XVII.

«Resolvido João de Deus a procurar deveras o alívio e remédio dos pobres, falou com algumas pessoas devotas, as quais o tinham ajudado nos seus trabalhos e, com a sua ajuda e entusiasmo, alugou uma casa na Peixaria da cidade, por ser perto da praça de Bivarrambla, de onde recebia, como doutras partes, os pobres desamparados, doentes e entrevados, que encontrava. Comprou algumas esteiras de junco e algumas mantas usadas, para dormirem, porque ainda não tinha dinheiro para mais, nem outro remédio a fazer»⁷.

Podemos afirmar que S. João de Deus se encarnou nos pobres e nos doentes como qualquer um deles, acolhendo-os e acudindo às suas necessidades. Curou-os, apesar das suas limitações, com as riquezas do carisma da hospitalidade que Deus lhe deu. Nunca se negou a ajudar os necessitados com tudo o que podia dispor na sua pobreza.

3.1.3. Hospitalidade de comunhão

Intermediário entre ricos e pobres, entre categorias de opulentos e necessitados e desprezados, S. João de Deus praticou a hospitalidade de comunhão.

Com S. João de Deus a recolha de esmolas converteu-se num património e numa riqueza espiritual da Ordem, da qual não se pode prescindir, embora esta tenha adaptado os seus métodos a cada época e cultura. É necessário considerá-la como circulação de bens para a construção solidária e espiritual da sociedade.

Quando gritava de noite pelas ruas *«fazei o bem, irmãos, a vós mesmos, por amor de Deus»*, queria inquietar e provocar as consciências a não dormir sobre as misérias dos seus irmãos; pedia e dava numa reciprocidade dinâmica. Convidava a praticar a comunicação cristã de bens.

Quando escrevia cartas, agradecendo as ofertas recebidas e contando a dor que sentia pelos sofrimentos dos miseráveis que não podia assistir sozinho,

⁷ CASTRO, op. cit., Capítulo XVII.

e quando pedia continuamente dinheiro emprestado, que pagava com dificuldade, queria construir uma comunidade de comunhão na qual todos se sentissem irmãos – amados, ajudados e perdoados por Deus, como ele se sentia. Sabia que se todos tivessem tido uma experiência profunda da misericórdia de Deus, como ele a queria, a Igreja e a sociedade ter-se-iam tornado realmente na família dos filhos de Deus habitados pela vida e pela comunhão divina, superando as necessidades dos necessitados.

3.1.4. Hospitalidade criativa

Numa cidade com quase dez hospitais e casas para os pobres, é incrível como a sensibilidade de S. João de Deus tenha descoberto tantos necessitados e doentes abandonados. E surpreende ainda mais como conseguiu abrir um espaço novo na maneira de praticar a hospitalidade. Antecipou-se aos que tinham a responsabilidade de o preceder na resolução dos problemas dos doentes, dos pobres e dos necessitados.

A sua hospitalidade era uma resposta dada aos que não a encontravam (abandonados) e às necessidades novas que não despertavam a sensibilidade da sociedade (sofredores devido a culpas, ódio ou vinganças). S. João de Deus via todo o sofrimento, o do corpo e o do espírito⁸.

3.1.5. Hospitalidade integral (holística)

Podemos afirmar que um dos valores caraterísticos da hospitalidade joandeína é o carácter integral dos cuidados dirigidos a toda a pessoa que sofre. Para João de Deus, o doente e o necessitado não eram apenas um corpo e uma alma, pecador ou pecadora, mentiroso ou indigno. Todos eram pessoas, seus irmãos e irmãs, todos dignos de serem ajudados e perdoados por ele e pelos seus Colaboradores. E porquê? Porque o mesmo faz Deus

⁸ Cfr. 2.^a Carta de S. João de Deus a Guterres Lasso (2GL), 8

providenciando cada dia às necessidades de todos⁹, perdoando e salvando¹⁰. E porque vê-los sofrer *lhe despedaçava o coração*¹¹.

A hospitalidade de S. João de Deus, diríamos hoje, era ao mesmo tempo preventiva e de emergência, curativa e reabilitadora; curava os curáveis e acompanhava os incuráveis. Além disso, era pedagógica e formativa para os órfãos, as crianças abandonadas e as prostitutas e para aqueles que ajudava a libertar-se das suas culpas, a construir e levar por diante um projeto de formação e de inserção social. No seu hospital oferecia cama e comida, calor e locais para acolher os peregrinos, medicamentos, enfermeiros, médicos, capelães e ajudas espirituais para os doentes¹².

A prática hospitaleira de S. João de Deus mostra-nos que o provérbio chinês da cana e da pesca¹³ é uma questão falsa, quando se interpreta como dilema exclusivo (ou... ou...). A hospitalidade para socorrer os que sofrem e os necessitados tem de ser sempre inclusiva (e... e...), segundo as circunstâncias do lugar, do tempo e das pessoas.

3.1.6. Hospitalidade reconciliadora

S. João de Deus era compreensivo e tratava a todos, pecadores, opressores e oprimidos, como Deus o tratava a ele: perdoava e ajudava, assistia e curava as feridas físicas e morais. Muitas vezes cuidava primeiro das feridas morais e espirituais, como condição para alcançar a harmonia e a cura das enfermidades do corpo.

Num mundo tão dividido e dilacerado por tantas ideologias, por fundamentalismos e discriminações étnicas que geram ódio, ressentimentos e desejos

⁹ 1.ª Carta de S. João de Deus a Guterres Lasso (1GL), 2.

¹⁰ Carta de S. João de Deus a Luís Baptista (LB), 19.

¹¹ 1DS, 15.

¹² Desde o Capítulo XII até ao Capítulo XX da sua Biografia, Castro ilustra bem estas diversas dimensões da hospitalidade joandeína.

¹³ *Se deres a um homem um peixe, sacia-lo por um dia; se lhe deres uma cana de pesca, ele terá de comer para toda a vida.*

de vingança, a capacidade de S. João de Deus de perdoar, de reconciliar e de construir pontes de fraternidade merece ser estudada e vivida pela Família Hospitaleira. Entre todos, os seus assistidos e os seus Colaboradores, ele era um verdadeiro médico de feridas, de tensões e de conflitos.

Como Cristo, também ele curava as chagas. Os seus biógrafos fazem notar como ele se sentia ferido pela separação dos seus pais, pela saudade e pelas frustrações da vida militar; mas, principalmente, pelas suas culpas, pelas injúrias sofridas, pelo sofrimento causado por tantas dívidas contraídas para ajudar os pobres e os doentes, seus irmãos. Estas experiências de feridas existenciais convertiam-no num hospitaleiro especializado em curar e reconciliar entre si inimigos que, depois, chegavam a tornar-se seus Colaboradores, como aconteceu com Antão Martim e muitos outros.

À sua benfeitora, a Duquesa de Sesa, dizia que se curava com as feridas de Cristo crucificado e aconselhava-a a que fizesse o mesmo:

*«Não encontro melhor remédio nem consolação, para quando me encontro aflito, do que olhar e contemplar a Jesus Crucificado»*¹⁴.

*«Recorrei à Paixão de Nosso Senhor Jesus Cristo e... sentireis grande consolação»*¹⁵.

Foi assim que conseguiu que Antão Martim perdoasse e se reconciliasse com Pedro Velasco e pôde conquistá-los a ambos para que fossem Colaboradores diretos da sua hospitalidade, como primeiros Irmãos.

E unido à paixão de Cristo, nas sextas-feiras, cuidava das feridas da prostituição de muitas mulheres destruídas por aquele género de vida. Pelo seu carisma de hospitalidade misericordiosa perdoou à mulher que tirou da prostituição e que o injuriava: *«Cedo ou tarde, tenho que te perdoar. Por*

¹⁴ 2DS., 9.

¹⁵ 1DS, 10.

*isso, perdoo-te desde já*¹⁶. E assim converteu-a uma segunda vez, como ela mesma deu testemunho durante o funeral do santo.

Quando o acusavam perante o arcebispo de acolher gente indigna na sua «Casa de Deus», declarou ser ele o único indigno e que *«já que Deus tolera maus e bons, e, diariamente faz nascer sobre todos o seu sol, não haverá razão para despedir os desamparados e aflitos, da sua própria casa»*¹⁷.

3.1.7. Hospitalidade geradora de Voluntários e Colaboradores

O amor misericordioso sem fronteiras de S. João de Deus tinha uma vitalidade tão forte que gerava amor, caridade cristã e colaboração; era uma hospitalidade luminosa, um carisma cada vez mais participado.

Esta força carismática recebida de Deus, à qual S. João de Deus foi radicalmente fiel, converteu o santo num farol que irradia hospitalidade em diversos níveis de solidariedade e colaboração com ele na ajuda aos pobres e doentes.

Podemos distinguir vários níveis de Colaboradores: os que ajudavam com ações ou esmolas pontuais e os que se converteram em Colaboradores permanentes, como Angulo e muitos outros citados nas suas cartas, por Castro, e na documentação do Processo contra os Jerónimos. Alguns abraçaram o voluntariado joandeíno até à total pertença na identificação com o seu carisma.

Entre os mais estreitos Colaboradores contam-se os primeiros companheiros ou Irmãos de hábito, os benfeitores mais identificados com o seu carisma que fizeram própria a obra de S. João de Deus. E este sentimento de pertença ao hospital e à sua obra joandeína gerava, por sua vez, uma forte dinâmica de solidariedade. Esta identificação com o carisma levava muitos dos seus

¹⁶ CASTRO, *ibid.*, Capítulo XV.

¹⁷ CASTRO, *ibid.*, Capítulo XX.

Colaboradores a defenderem a sua originalidade com bens e pessoas¹⁸. Esta identidade de pertença à Família de S. João de Deus continua a ser um modelo válido para o presente e para o futuro.

3.1.8. Hospitalidade profética

Uma das características mais originais da hospitalidade de S. João de Deus foi a profecia. Sem meios, um estrangeiro imigrante, com fama de louco, entregando-se totalmente a Jesus Cristo e aos que sofrem, abriu caminhos novos na Igreja e na sociedade.

As suas atitudes hospitaleiras surpreenderam, desconcertaram, mas funcionaram como faróis para indicar caminhos novos de assistência e humanidade para com os pobres e doentes. A partir do nada, criou um modelo alternativo de ser cidadão, cristão, hospitaleiro a favor dos mais abandonados. Esta hospitalidade profética foi um fermento de renovação na assistência e na Igreja. O modelo joandeíno funcionou também como consciência crítica e guia sensibilizadora para atitudes novas e práticas de ajuda aos pobres e marginalizados.

3.2. A HOSPITALIDADE AO LONGO DA HISTÓRIA DA ORDEM

3.2.1. A hospitalidade joandeína desde os primeiros companheiros e através dos séculos

Os primeiros Irmãos¹⁹, que foram companheiros de S. João de Deus, participaram no seu carisma hospitaleiro, praticaram-no e difundiram-no. No Ato de Fundação do Hospital de Antão Martim, em Madrid, fala-se do estado de

¹⁸ Esta solidariedade identificadora é bem visível nas cartas a Guterres Lasso e à Duquesa de Sesa, na Biografia de Castro e nos testemunhos do Processo e refere-se a dezenas de colaboradores.

¹⁹ No *Processo contra os Jerónimos* (Cfr. SANCHEZ, *op. cit.*), anterior à biografia de Castro, fala-se muito das atitudes hospitaleiras dos Irmãos de hábito de S. João de Deus. João de Ávila (Angulo) dá-nos os seus nomes: Antão Martim, Pedro Pecador, Alonso Retigano e Domingos Benedicto.

necessidade de «doentes com chagas contagiosas». Antão Martim, no seu testamento, afirma que João de Deus o deixou como guia do seu hospital, no seu lugar, como ele mesmo²⁰.

Os seus companheiros são recordados pelas testemunhas como hospitaleiros muito próximos no seu serviço aos pobres e aos doentes que assistem. A pessoa de João, humilde, pobre e humilhada no seu esvaziamento voluntário (*kénosis*), renunciando a toda a grandeza para se situar ao nível dos pobres e para os servir, continua a ser o modelo para os seus companheiros e Colaboradores.

As testemunhas dos primeiros anos da Ordem são unânimes em declarar que *«os Irmãos recebiam com muita caridade e abertura a todos os pobres sem exceção, quer fossem estrangeiros quer gente do lugar, curáveis ou não, loucos ou sãos de mente, crianças e órfãos. E faziam isto imitando o seu fundador, João de Deus. Recebiam a todos, tanto os mouros como os cristãos velhos»*²¹.

Depois desta primeira etapa da Ordem Hospitaleira, ao longo de quase cinco séculos de história, os Irmãos e Colaboradores joandeínos, os que já faleceram e os que vivem ainda hoje, uns famosos e outros que passaram despercebidos, deram um precioso testemunho de fidelidade ao carisma da hospitalidade²².

²⁰ ORTEGA LÁZARO, L. Antón Martín ... pp. 17-18 e 31.

²¹ Declarações no Pleito entre os Irmãos do «hospital de João de Deus» e «os frades e convento do mosteiro de S. Jerónimo, 1572-73, in SANCHEZ MARTINEZ, José, op.cit. pp. 181-188 e 285 ss.

²² Consideramos importante dar a conhecer, mesmo só em parte, algumas figuras de Irmãos que se notabilizaram nos valores da hospitalidade. Os santos, beatos e veneráveis merecem ser recordados em primeiro lugar: S. João Grande, S. Ricardo Pampuri, S. Bento Menni, os Beatos *José Olallo Valdés*, *Eustáquio Kugler* e os Beatos mártires. Contam-se ainda: *Francisco Camacho*, *Antão Martim*, e um grupo de mártires, além de muitos outros que na história de Ordem sofreram o martírio e a perseguição por Cristo e pela Hospitalidade no Brasil, Colômbia, Chile, Polónia, Filipinas, França, e, recentemente, também noutros países.

Muitos Irmãos «fundadores» e «restauradores» de comunidades e obras da Ordem merecem ser mais conhecidos como figuras vivas da vitalidade e dos valores do nosso carisma, como os Irmãos João Bonelli (França); Gabriel Ferrara e João Baptista Cassinetti (Itália e Alemanha); Francisco Hernández (América). Em épocas mais recentes vale a pena recordar os seguintes

Por outro lado, desde as primeiras décadas da existência da Ordem, **a assistência nos campos de batalha**, nos exércitos e entre os militares, mesmo em tempo de paz, converteu-se numa presença constante de serviço hospitaleiro da Ordem em Espanha, Itália, Portugal e França.

A ação da Ordem articulou-se em outras duas expressões de hospitalidade: o **serviço de emergência**, em caso de epidemias e nos hospitais em territórios de missão, alguns deles converteram-se em «hospitais-escolas²³»; a outra, que se desenvolveu em vários países, foram as **escolas de medicina e cirurgia e os cursos para enfermeiros**, com o fim de preparar os Irmãos e os Colaboradores da Ordem.

Nos séculos XIX e XX, quando a psiquiatria se tornou num ramo especializado da medicina, a Ordem sensibilizou-se em fundar e administrar Centros específicas para doentes mentais. Na França, este desenvolvimento foi notável graças a Paul de Magallon, no século XIX, com a restauração da

nomes: Pe. João Maria Alfiei (Itália), Paulo de Magallon (França), Eberhard Hacke e Magnobon Markmiller (Alemanha), e S. Bento Menni (Espanha, Portugal e México).

A nível de investigação histórica têm um papel destacado alguns Irmãos que, com amor pela Ordem e com espírito científico, nos permitem conhecer hoje o passado do nosso carisma. Outros Irmãos ilustres destacaram-se como médicos, cirurgiões, farmacêuticos, botânicos, dentistas; mas seria impossível mencioná-los a todos. Neste mesmo documento, dedicado ao tema da formação e à investigação na Ordem, referimos alguns outros nomes, no capítulo sexto, **nota 93**.

A estes Irmãos que foram profetas da Hospitalidade, deveríamos acrescentar os colaboradores que, ao longo da história, colocaram os seus valores e capacidades ao serviço da Ordem.

²³ ANTIA, Juan Grande, in: Labor Hospitalario-Misionera de la Orden de S. Juan de Dios en el mundo, fuera de Europa», AA.VV., Madrid, 1929: «Os Irmãos Hospitais, desde Filipe II até Fernando VII, foram automaticamente responsáveis pela saúde dos militares, especialmente nas expedições à Índia e no tempo de guerras e epidemias.

Mais de cem Hospitais-Escolas que tinham na América, nos quais se curavam espanhóis, militares e indígenas, e que em cada um deles tinham uma numerosa e bem servida Escola de índios, tinham também farmácias e clínicas ou dispensários para socorro e remédio de todos. Nos seus Hospitais-Escolas, os índios encontravam, além disso, não só a saúde para o corpo, mas também para a alma; os fervorosos Filhos de S. João de Deus foram sempre fiéis ao axioma herdado do seu Fundador e dos seus antepassados, e que sempre continua válido para um bom hospitaleiro: pelos corpos às almas».

Ordem depois da Revolução de 1798; e, em Portugal, Espanha e América, graças a Bento Menni.

Depois das restaurações do século XIX, outras Províncias (alemã, polaca, austríaca e italiana) fundaram Centros ***exclusivamente para doentes mentais e deficientes intelectuais*** – crianças, jovens e adultos. As Províncias da Irlanda, Inglaterra e Ásia-Austrália especializaram-se em promover serviços para deficientes intelectuais e deram um importante contributo ao diferenciá-los das pessoas diagnosticadas como doentes mentais, ao mudar a terminologia aplicada aos mesmos, com o fim de sublinhar a sua dignidade e os seus direitos como pessoas.

A ***assistência às crianças e aos jovens deficientes físicos*** foi uma resposta de Bento Menni na Espanha, tão urgente até há poucos anos. Hoje ainda encontra expressão nalguns hospitais gerais pediátricos de vanguarda e em centros de reabilitação.

Expressões do carisma de S. João de Deus que se desenvolveu nas últimas décadas são: os ***albergues noturnos*** para pessoas sem-abrigo, os ***Centros para pessoas idosas*** e os ***Centros para pessoas com dificuldades de aprendizagem ou deficientes psíquicos***.

Um dos aspetos que a Ordem sempre desenvolveu foi a ***dimensão missionária***. Pode-se dizer que a expansão missionária da Ordem começou quando ela surgiu. A fundação em Cartagena (Colômbia), em 1596, foi a primeira das muitas que se foram criando na América, África e Ásia até ao século passado. Depois da época em que a Ordem foi extinta, restauraram-se as missões na América, África, Ásia e Oceânia. A Ordem quer levar por diante hoje a evangelização do mundo da saúde tal como fez S. João de Deus e como Jesus Cristo nos ensina.

3.2.2. Presença atual

As exigências da Nova Evangelização que a Igreja manifesta no início do III milénio, levaram a Ordem a responder com a apresentação de uma Nova

Hospitalidade. A «nova hospitalidade» deve expressar-se em dois sentidos: em obras de inovação na comunidade e em novas respostas às carências existentes.

A partir do Capítulo Geral de 1976 e, mais ainda, a partir do Capítulo Geral Extraordinário de 1979, a Ordem realizou um esforço considerável para renovar a assistência. Foram diversas as áreas de desenvolvimento e vale a pena recordar as principais.

A *humanização* e a *pastoral* conheceram uma revitalização muito necessária para complementar os grandes progressos técnicos dos hospitais e para responder aos sofrimentos concretos dos doentes e dos seus familiares. A assistência joandeína foi sempre integral, holística, incluindo sempre a atenção pastoral e espiritual atualizada.

A dimensão humanizadora e pastoral, juntamente com a necessária formação permanente dos Irmãos e dos Colaboradores, pode renovar a presença da Ordem nos Centros tradicionais, tornando-se elementos de apoio para uma nova hospitalidade e uma nova evangelização.

Nos últimos anos completou-se a humanização com a formação em bioética, em ética da saúde e com a sua aplicação ao serviço dos doentes.

A modernização das estruturas com base nas novas necessidades e exigências técnicas e humanas, juntamente com novos critérios de gestão, estabelecendo a prioridade dos recursos e seguindo programas bem definidos, contribuíram para renovar muitos dos nossos hospitais e Centros.

A evolução verificada nos nossos Centros tradicionais afetou todas as áreas. As inovações tecnológicas no âmbito das ciências da saúde reflete-se nas mudanças contínuas que se realizam nos nossos Centros. As suas estruturas materiais registaram muitas mudanças devido à introdução de equipas técnicas, à evolução das técnicas assistenciais e aos novos métodos de trabalho, sobretudo o trabalho em equipa, com várias especialidades.

Tudo isso tem por fim atender o doente, como pessoa, de forma melhor e mais global.

A mudança mais significativa foi a da integração dos Colaboradores. Até há pouco tempo a comunidade dos Irmãos, com o apoio de alguns leigos, tornava possível o serviço aos doentes. Hoje em dia, ***os Colaboradores são as atores principais*** nas Obras e não há áreas em que eles não estejam presentes, desempenhando mesmo cargos de grande responsabilidade na direção e na gestão.

Juntamente com os Colaboradores, nos nossos Centros está a ser integrado um número cada vez maior de voluntários que desenvolvem tarefas de humanização e de serviço pastoral.

Esta presença renovada e atualizada nos Centros está a dar excelentes resultados, sobretudo graças à formação.

Desta maneira, o futuro das Obras passa, em parte, pela atualização constante dos instrumentos técnicos, dos métodos de trabalho e de direção e gestão, mas também pelos meios técnicos de comunicação e informatização mais modernos. Também se está a desenvolver a área da investigação científica com programas que às vezes se levam a cabo com a colaboração de departamentos universitários competentes.

Os Irmãos deverão ser guias ético-morais, consciência crítica, antecipação criadora e inovadora, e sinal profético da boa nova para os pobres, os doentes e os necessitados de hoje, de todas as culturas e religiões.

3.2.3. Novas formas de presença

Desde há vários anos as expressões inovadoras na Ordem derivam da sensibilização para as novas necessidades da sociedade e para respostas inovadoras para as necessidades existentes, a partir do nosso carisma. Nalguns casos recorre-se a expressões já presentes na prática de S. João de Deus: uma maior abertura à comunidade, às famílias e às suas necessidades.

A nossa hospitalidade sai cada vez mais dos hospitais e dos Centros Assistenciais e estende-se à prevenção e educação para a saúde, à reabilitação, à reinserção social e à saúde comunitária. S. João de Deus ocupava-se com zelo dos órfãos, da sua educação e formação, da reinserção social das prostitutas, etc.

Deste modo, a Ordem está hoje alargando o seu campo de ação aos hospitais de dia, à assistência ao domicílio, aos ambulatórios polivalentes e procura também encontrar soluções assistenciais para os novos doentes: toxicodependente, doentes de SIDA, doentes terminais, etc.

Os sofrimentos causados pela solidão, pelo abandono, pelo desespero e pelo vazio existencial encontram recursos nos *«telefones da esperança»*, na publicação de boletins e folhetos de mensagens humanas e cristãs, em revistas sobre temas de reflexão, de formação ética e hospitaleira.

Um dos caminhos através do qual a Ordem tenta responder às novas necessidades da sociedade é a integração de Irmãos e Colaboradores em obras, projetos e iniciativas da Igreja e de outros organismos nacionais e internacionais no campo da saúde, da investigação científica e da assistência. Estas realizações verificam-se entre grupos de uma ou mais Províncias, entre as suas fundações ou associações, em colaboração com Organizações Não-Governamentais (ONG), com governos de outros países, sobretudo em vias de desenvolvimento.

O carisma de S. João de Deus é tão rico e tem tanta vitalidade que quando a Ordem, os Irmãos e os Colaboradores, se deixa guiar pelo Espírito de Deus e se sensibiliza para as necessidades que emergem na sociedade, a hospitalidade torna-se uma presença eficaz, mesmo quando os recursos humanos e espirituais parecem insuficientes.

Para a reflexão:

Como é que a Ordem (Irmãos e Colaboradores) está a recriar as características principais da hospitalidade?

	Pontos Fortes	Pontos fracos	Sugestões
Hospitalidade misericordiosa			
Hospitalidade solidária			
Hospitalidade de comunhão			
Hospitalidade criativa			
Hospitalidade integral			
Hospitalidade reconciliadora			
Hospitalidade geradora de Voluntariado e Colaboradores			
Hospitalidade profética			

**PRINCÍPIOS QUE
ILUMINAM A NOSSA
HOSPITALIDADE**

4.



Acolhendo o chamamento da Igreja a ser cada vez mais consciente da missão evangelizadora de todos os grupos e Obras eclesiais, a Ordem, ao projetar a nova Hospitalidade, sente-se comprometida a desenvolver claramente a sua identidade à luz do que denominamos «Cultura da Ordem». Nesta cultura hospitaleira estamos comprometidos todos, Irmãos e Colaboradores, encarnando na nossa ação os princípios que iluminam a nossa hospitalidade. Vamos seguidamente desenvolver cada um destes princípios.

4.1. DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

4.1.1. Respeito pela pessoa humana

O facto de o homem e a mulher terem sido criados à imagem de Deus (Gn. 1, 27) confere-lhes uma dignidade indiscutível. De todos os seres vivos, o ser humano é o único semelhante a Deus, chamado à comunicação com Ele, capaz de ouvir e responder a Deus. A dignidade de todo o ser humano perante Deus é o fundamento da sua dignidade diante dos homens e de si mesmo. É esta a razão última da igualdade e da fundamental fraternidade entre todos os homens, independentemente da etnia, povo, sexo, origem, formação e classe social. É esta a razão pela qual um ser humano não pode utilizar um outro ser humano como uma coisa; pelo contrário, deve tratá-lo como um ser autónomo e responsável por si mesmo e demonstrar-lhe respeito.

Da dignidade do ser humano perante Deus derivam também o direito e o dever da autoestima e do amor por si próprio. Por conseguinte, devemos considerar-nos um valor por nós mesmos e assumir responsavelmente o cuidado da nossa saúde. Da dignidade de todo o ser humano perante Deus deriva também o dever de amar o próximo como a nós mesmos e que a vida do ser humano é sagrada e inviolável, principalmente porque no rosto de todo o ser humano resplandece a glória de Deus (Gn. 9, 6).

4.1.2. Universalidade do respeito

O respeito pela dignidade da pessoa humana criada à imagem de Deus exige que todos, sem exceção, devem considerar o seu próximo como um «outro eu», cuidando em primeiro lugar da sua vida e dos meios necessários para que possam vivê-la dignamente¹. Exige também que se afirme a dignidade de todo o ser humano, quaisquer que sejam as anomalias de que padeça, as limitações que tenha ou a marginalização social a que se veja reduzido.

O respeito pela dignidade da pessoa humana, criada à imagem de Deus, está presente na filosofia e na crescente consciência internacional relativamente ao amplo leque dos direitos humanos.

Enquanto pessoas, todos os homens são iguais e merecem a mesma consideração e respeito. A dignidade é inerente ao ser humano pelo facto de ele ser sujeito de direitos e deveres.²

4.1.3. Acolhimento dos doentes e necessitados

Dado que o valor e a dignidade humana na dor, na deficiência e na morte são mais frequentemente objeto de questionamento e correm o risco de ficarem eclipsados, a Ordem Hospitaleira, ao atender o doente enquanto tal e os necessitados, dá um testemunho do que significa e vale o ser humano e anuncia a todos a maravilhosa herança de fé e esperança que recebeu do Evangelho.

¹ Cf. CONCÍLIO VATICANO II, *Gaudium et Spes* (GS), n. 27.

² O conceito de dignidade humana e os direitos da pessoa aparecem intimamente ligados na Declaração universal dos direitos humanos (1948); na Convenção internacional sobre os direitos económicos, sociais e culturais (1996); na Convenção Internacional sobre os direitos civis e políticos (1996); na Convenção Internacional sobre direitos humanos e a biomedicina, mais conhecida como “Convenção de Oviedo” (1997). Embora estes Documentos não esclareçam muito bem em que consiste e em que se baseia a dignidade humana, todos eles a reconhecem como inerente ao ser humano e reconhecem também os direitos iguais e inalienáveis de todos os membros da família humana como fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo.

A atitude de Jesus em favor dos mais fracos e dos marginalizados da sociedade é para a Ordem Hospitaleira, segundo o exemplo de S. João de Deus, um chamamento permanente ao compromisso na defesa e promoção dos seus direitos fundamentais, baseando-se no respeito pela dignidade humana.

Tendo em conta a variedade de formas através das quais a Ordem exprime atualmente o seu carisma, parece-nos que existem alguns campos, na perspetiva da nova Hospitalidade, que são sinais evangélicos especialmente significativos:

- As pessoas ***sem-abrigo***: como expressão da dimensão de gratuidade que na nossa sociedade da eficiência e da produtividade é quase negada.
- Os ***doentes terminais***: como lugares que marcam o valor da vida no momento da morte.
- Os ***doentes de SIDA***: para contrastar medos e preconceitos irracionais.
- Os ***toxicodependentes***: para amar o homem que não sabe amar.
- Os ***imigrantes***: para acolher Jesus estrangeiro como genuína expressão da Hospitalidade.
- Os ***idosos***: para afirmar o valor da vida na sua globalidade.
- ***As pessoas doentes e as sujeitas a limitações crónicas***: como expressão do valor e da dignidade da pessoa humana.

Todos os lugares onde existe pobreza, doença ou sofrimento são privilegiados e é aí que nós, Irmãos e Colaboradores que formamos a Família de S. João de Deus, exercitamos e vivemos o Evangelho da misericórdia.³

³ Cf. LXIII CAPÍTULO GERAL, A nova evangelização e a Hospitalidade no limiar do terceiro milénio, Bogotá, 1994, n. 5.6.1.

4.2. RESPEITO PELA VIDA HUMANA

4.2.1. A vida como bem fundamental da pessoa

A vida é um bem fundamental da pessoa e condição prévia para se poder usufruir dos outros bens. Em relação a ela, toda a pessoa deve ser reconhecida com direitos iguais aos de todas as outras pessoas.

O dever de realizar-se, característico da pessoa humana – consideramos a existência como um dom, mas também como um compromisso a realizar – pressupõe que se conserve o bem radical da vida, como condição indispensável para poder cumprir o dever de conservar a missão recebida com a mesma existência.

A vida humana que, para os crentes, é um dom de Deus, deve ser respeitada desde o seu começo até ao seu fim natural, sendo o direito à vida inviolável e o fundamento mais sólido tanto do direito à saúde como dos outros direitos da pessoa.

4.2.2. Proteção especial das pessoas com deficiência

Em toda a pessoa com deficiência, física ou intelectual, devemos ver um membro da comunidade humana, um ser que sofre e que, mais do que qualquer outro, necessita do nosso apoio e dos nossos sinais de respeito que a ajudem a acreditar no seu valor enquanto pessoa. Isto é muito importante nos nossos dias porque, de facto, a nossa sociedade demonstra-se cada vez mais intolerante em relação às pessoas com incapacidades.⁴

⁴ A OMS define como deficiência a perda ou a anomalia de uma estrutura anatómica ou de uma função psicológica, fisiológica ou anatómica. Uma incapacidade é a diminuição ou a falta da capacidade de levar a cabo uma atividade de maneira, ou com o rendimento, que se consideram normais. A menos-valia é aqui entendida como uma desvantagem que um determinado indivíduo tem devido a uma deficiência ou incapacidade que limitam ou impedem o desempenho de uma atividade normal por parte desse indivíduo, tendo em conta a idade, o sexo e os fatores culturais e sociais. (Alastair Anderson, “Simplesmente outro ser humano”, *Saúde Mundial*, 34, janeiro de 1981, 6).

A Ordem Hospitaleira deve distinguir-se pela disponibilidade e pelo serviço que realiza para obter, na medida possível, a realização prática e efetiva dos princípios da **participação, inclusão e personalização**. O **princípio de participação** opõe-se à tendência para isolar, segregar ou descuidar as pessoas com deficiência. O **princípio de inclusão** implica o esforço de reabilitação das pessoas com deficiência, criando o ambiente mais normal possível. O **princípio de personalização** sublinha que na atenção aos indivíduos a dignidade, o bem-estar e o desenvolvimento da pessoa em todas as suas dimensões ocupam o primeiro lugar, devendo-se proteger e promover as suas faculdades físicas, psíquicas, espirituais e morais⁵.

4.2.3. Promover a vida nas situações de pobreza

Na nova evangelização, a Ordem Hospitaleira tem de tornar visível o Evangelho da vida, reforçando todos os esforços que se fazem para eliminar estruturas injustas e desumanizadoras, e para criar possibilidades de vida digna onde quer que existam pobreza, doença, marginalização ou abandono.

Em virtude do seguimento de Cristo segundo o carisma de S. João de Deus, o apoio e a promoção da vida humana devem realizar-se mediante o **serviço da caridade** que se manifesta no testemunho pessoal e institucional, nas diversas formas de voluntariado, na animação social e no compromisso político.

O serviço de promoção da vida deve ser manifestado no desenvolvimento de atividades no campo da prevenção, no tratamento da invalidez e da reabilitação das pessoas com deficiência. Neste sentido, nunca será suficiente o

⁵ Em dezembro de 2006, as Nações Unidas promulgaram a Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência. Na sua articulação estão identificados numerosos direitos específicos que, globalmente, remetem para os seguintes princípios inspiradores: respeito pela dignidade intrínseca, autonomia e independência, não discriminação, plena participação e inclusão na sociedade, acolhimento e respeito pela diferença como componente da diversidade humana, igualdade de oportunidades, acessibilidade, igualdade entre homens e mulheres, respeito pelas capacidades evolutivas das crianças com deficiência e respeito pelo direito a preservar a própria identidade (art. 3).

que se faz para ajudar as pessoas com deficiência a participarem plenamente na vida e no desenvolvimento da sociedade a que pertencem, para criar um ambiente social que os aceite plenamente como membros da comunidade, com necessidades especiais que devem ser satisfeitas.

4.2.4. Obrigações e limites na conservação da própria vida

A vida é um bem fundamental da pessoa e a condição preliminar para desfrutar dos outros bens, mas não é um bem absoluto. A vida pode ser sacrificada em favor dos outros, ou de ideais nobres, que dão sentido à mesma vida. A vida, a saúde e todas as atividades temporais estão subordinadas aos fins espirituais.

Negamos o domínio absoluto e radical do homem sobre a vida e, por conseguinte, não podemos realizar atos que pressupõem um domínio total e independente, como seria, por exemplo, o de a destruir. Paralelamente, podemos afirmar o domínio “útil” sobre a própria vida, mas não o de a conservar a qualquer preço. A vida é *sagrada*, certamente; mas é importante a qualidade da vida, isto é, a possibilidade de a viver humanamente e dando-lhe um sentido. Não existe o dever de conservar a vida em condições particularmente penosas que exijam meios desproporcionados ou fúteis.

4.2.5. O dever de não atentar contra a vida dos outros

A vida humana é sagrada porque desde o seu início é fruto da ação criadora de Deus e mantém-se sempre numa relação especial com o Criador, que é o seu único fim. Só Deus é o Senhor da vida, desde o seu começo até ao seu termo. Ninguém, em nenhuma circunstância, pode arrogar-se o direito de matar de modo direto um ser humano⁶. Tendo presente que no carisma hospitaleiro toda a pessoa deve ser acolhida, a Ordem manifesta-se contra a pena de morte em qualquer circunstância.

⁶ Cfr. JOÃO PAULO II, *Evangelium Vitae* (EV), 5, 23.

4.2.6. Deveres em ordem aos recursos da biosfera

A proteção da integridade da criação está subjacente no crescente interesse pelo meio ambiente. O equilíbrio ecológico e um uso sustentável e equitativo dos recursos mundiais são elementos importantes de justiça para com todas as comunidades da nossa atual «*aldeia global*», e são também matéria de justiça para com as futuras gerações, que herdarão a Terra que lhe vamos deixar. A exploração irresponsável dos recursos naturais e do meio ambiente degrada a qualidade de vida, destrói culturas e leva os pobres à miséria⁷. Devemos promover atitudes estratégicas que criem relações responsáveis com o meio ambiente que partilhamos e do qual não somos mais do que administradores.

Sendo as nossas estruturas lugares de consumo dos mais variados materiais, podemos dar sinais concretos e significativos de atenção ao ambiente, instituindo comissões para esse fim, privilegiando a utilização de materiais biodegradáveis e recicláveis, e sensibilizando-nos a todos, Irmãos e Colaboradores, através de cursos ou seminários⁸.

4.3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E LUTA CONTRA A DOR E O SOFRIMENTO

4.3.1. Dever da educação para a saúde

Entre as atividades que promovem a saúde da população, há que destacar a *informação ao público* e os *programas de educação* que promovem estilos de vida saudáveis, tais como uma alimentação correta, a atividade física, a imunização adequada na idade infantil... e diminuem os riscos para a saúde que podem ser evitados, incluindo o consumo de tabaco, de álcool e outras drogas, a atividade sexual que aumenta o risco de contágio do vírus da SIDA e as doenças sexualmente transmissíveis.

⁷ Cfr. PAULO VI, Octogesima Adveniens, 21; JOÃO PAULO II, *EV*, 27, 42.

⁸ Nova Evangelização e Nova Hospitalidade..., *op. cit.*, § 5.6.3, Situações concretas.

Em muitos países, a educação para uma vida saudável constitui um dos meios utilizados para diminuir a morbidade e mortalidade infantis, através da amamentação e da informação aos pais sobre uma nutrição adequada e os riscos da água contaminada⁹.

Todos quantos trabalhamos no campo da saúde temos o dever ético de velar pelos melhores interesses dos doentes em todas as circunstâncias e de integrar esta responsabilidade com uma maior preocupação e compromisso para promover e assegurar a saúde da população¹⁰.

4.3.2. Opção preferencial pelos pobres

A nossa missão de tornar presente S. João de Deus no mundo do sofrimento e da pobreza que representa a maioria da população mundial revela-se particularmente importante pelo facto de a pobreza que oprime – devido a estruturas sociais injustas que excluem os pobres – gerar uma violência sistemática contra a dignidade dos homens, mulheres, crianças e seres por nascer, que é intolerável no Reino querido por Deus.

«A nossa Ordem existe para evangelizar os pobres, para os acompanhar e assistir as pessoas no seu sofrimento, segundo o estilo de S. João de Deus. (...). Registam-se alguns esforços para adequar a nossa vida e as nossas estruturas ao serviço dos marginalizados: hospitais de dia, albergues noturnos, assistência a doentes de SIDA e doentes terminais, promoção das pessoas que vivem em áreas marginalizadas, a partir dos Centros já existentes... Estes esforços requerem no entanto uma ação mais coerente no sentido que a Ordem se deve colocar mais marcadamente na perspetiva do pobre, identificando-se no seu estilo de vida claramente com esta opção, a fim de que, através da sua forma de viver, do seu serviço, da sua missão de anúncio

⁹ Documento da Associação Médica Mundial, Projeto de declaração sobre a promoção da saúde, 10.75/94, Agosto 1994.

¹⁰ *Ibidem*.

e denúncia, exerça uma influência cada vez maior neste sentido sobre a Igreja e nas estruturas da sociedade».¹¹

4.4. A EFICÁCIA E A BOA GESTÃO

4.4.1. Dever de consciencializar a população de que os recursos da saúde não podem ser considerados como um mero consumo

Em todos os países, a procura de serviços de saúde é superior à capacidade de a nação os oferecer. É um dever importante colaborar no despertar da consciência da sociedade para o facto de os custos dos serviços de saúde não poderem ser considerados como um mero consumo. Representam também um investimento dos recursos humanos, que permite diminuir o sofrimento individual e oferecer oportunidades às pessoas de voltarem ao trabalho produtivo ou de viverem nos seus próprios lares ou com custos mais baixos em termos de assistência médica. Por isso, os encargos com os serviços de saúde têm um efeito positivo na diminuição de outros encargos sociais.

4.4.2. Administração e gestão eficazes e eficientes dos recursos

Os profissionais de saúde devem assumir a responsabilidade de uma administração eficaz dos recursos destinados aos serviços de saúde, o que inclui a utilização de métodos de diagnóstico e terapêuticas eficientes, que compreendam também a implementação eficiente de indicadores de qualidade e de parâmetros operacionais aplicáveis e realistas.

4.4.3. A instituição hospitaleira empresarial deve orientar-se para a recuperação da pessoa globalmente considerada

Toda a instituição hospitalar empresarial deve orientar-se, ou reorientar-se, para a recuperação da pessoa integralmente considerada, ou seja, nas suas

¹¹ Nova Evangelização e Nova Hospitalidade..., *op. cit.*, § 3.6.3.

dimensões biopsicossocial e espiritual que, consideradas no seu conjunto, interagem para a humanização na assistência no campo da saúde. No hospital-empresa, o investimento para criar um clima humano e humanizador, como ajuda à rentabilidade dos recursos, favorece a produtividade e a eficácia do próprio trabalho¹².

4.4.4. O investimento para criar um clima humano e humanizador como ajuda à rentabilidade dos recursos

Do mesmo modo que noutras empresas, o investimento para criar um clima humano e humanizador no hospital, ajuda a rentabilidade dos recursos ao melhorar as condições dos profissionais de saúde e dos outros trabalhadores da saúde. Todos eles podem, por sua vez, humanizando-se, ajudar a criar as condições mais humanizadoras para os doentes¹³.

Entre os melhoramentos que é preciso incrementar merece um relevo particular a atualização de conhecimentos e habilitações por meio da formação permanente adaptada às circunstâncias de cada tempo e lugar.

4.4.5. Direitos e deveres dos trabalhadores

O pessoal contratado tem direito ao trabalho de acordo com a lei vigente. Compete ao especialista em Direito Laboral encontrar as soluções técnico-jurídicas capazes de coordenar o direito de objeção de consciência e o direito ao trabalho na formulação do contrato de trabalho, nas sucessivas revisões do mesmo e na entrada em vigor de novos acordos coletivos de trabalho.

A máxima atenção que a Ordem deverá prestar aos direitos do trabalhador, no respeito da mais estrita justiça social, não deve realizar-se à custa da sua própria existência, o que iria contra a própria justiça social.

¹² Cfr. JOÃO PAULO II, *Centesimus Annus*, 40; 20; 32.

¹³ Cfr. MARCHESI, Pierluigi, *A Humanização*, 1981.

4.5. NOVA HOSPITALIDADE E NOVAS EXIGÊNCIAS: III E IV MUNDOS

Cada vez é maior o abismo que separa os países do chamado Norte desenvolvido dos do Sul, em vias de desenvolvimento. A abundância de bens e serviços disponíveis em algumas partes do mundo, sobretudo no Norte desenvolvido, corresponde no Sul a um inadmissível atraso e é precisamente nesta zona geopolítica que vive a maior parte da população mundial. Ao olhar para o leque dos diversos sectores do chamado Terceiro Mundo: produção e distribuição de alimentos, higiene, saúde e habitação, disponibilidade de água potável, condições de trabalho, especialmente feminino, esperança de vida e outros indicadores económicos e sociais, o quadro geral é desolador, quer seja considerado em si mesmo, quer em relação aos dados correspondentes dos países mais desenvolvidos do mundo¹⁴.

Também nos países desenvolvidos, as forças económicas e sociais excluem dos benefícios sociais milhões de pessoas que constituem o chamado *quarto mundo*: pobreza ou miséria de «homens, mulheres e crianças que, além de viverem em condições de gravíssima precariedade física e psicológica, perderam a legitimação de sujeitos de direito, não estando garantidos os seus direitos mediante a devida proteção jurídica e social. Exemplos mais concretos são os desempregados durante anos, jovens sem qualquer possibilidade de emprego, meninos da rua explorados e abandonados à sua sorte, idosos na solidão e sem proteção social, ex-presos, vítimas de abusos de drogas, doentes de SIDA, imigrantes em geral, e clandestinos, em particular... todos condenados a uma vida dura de pobreza, marginalização social e precariedade cultural»¹⁵.

4.5.1. Solidariedade e cooperação

O evangelho de Jesus Cristo é uma mensagem de liberdade e uma força de libertação. A libertação é, antes de mais e principalmente, libertação da

¹⁴ Cfr. JOÃO PAULO II, *Sollicitudo Rei Socialis*, 14.

¹⁵ MARTINI, Card. Carlo Maria, Carta para o Biénio Pastoral 1992-1993.

escravidão radical do pecado. Logicamente reclama a libertação das diversas formas de escravidão de ordem cultural, económica, social e política – que, em última análise, derivam do pecado e constituem outros tantos obstáculos que impedem aos homens de viverem segundo a sua dignidade¹⁶.

«A solidariedade é uma virtude eminentemente cristã. É exercício de comunicação dos bens espirituais, mais do que comunicação de bens materiais. O princípio da solidariedade é uma exigência direta da fraternidade humana e cristã. A solidariedade manifesta-se em primeiro lugar na distribuição de bens e na remuneração do trabalho. Os problemas socioeconómicos só podem ser resolvidos com a ajuda de todas as formas de solidariedade: entre os pobres entre si, entre ricos e pobres, entre os trabalhadores, os empresários e os empregados, solidariedade entre as nações e os povos. A solidariedade é uma exigência de ordem moral. Em grande parte, a paz do mundo dependa dela»¹⁷.

4.5.2. Cooperação e Colaboradores: direitos e deveres

O Documento do LXIII Capítulo Geral afirma com suficiente clareza aquilo que se exige dos Irmãos e Colaboradores de S. João de Deus¹⁸. Destacamos os seguintes aspetos:

- Humanizar-se para humanizar e ser testemunhas de santidade, partindo do radicalismo das bem-aventuranças segundo o exemplo de S. João de Deus, pobre entre os pobres, servo e profeta.
- A promoção das pessoas sob todos os aspetos: cuidados prestados aos doentes, acolhimento afetuoso dos doentes crónicos, uma atenção especial para os mais débeis e os mais pobres, acompanhamento dos que vivem a última etapa da sua vida, transformando os gestos de cura em gestos de evangelização.

¹⁶ Cfr. INSTRUÇÃO DA CONGREGAÇÃO PARA A DOUTRINA DA FÉ, *Liberdade cristã e libertação*, Roma, 1986.

¹⁷ C.C. 1939-1942.

¹⁸ A Nova Evangelização e a Hospitalidade..., op. cit., 4.4.

- Temos que apresentar a nossa cultura de hospitalidade como alternativa à cultura de hostilidade, que não só predomina nas relações entre os povos, as nações e as etnias, mas até mesmo nas relações interpessoais. Temos que demonstrar uma nova capacidade de acolhimento, criar comunidades de fé abertas, que sejam um convite a todas as pessoas com as quais nos relacionamos: doentes, seus familiares, Colaboradores, amigos. Cada Centro deveria ser uma pequena Igreja doméstica capaz de criar a comunhão cristã em que a alegria de um seja a do outro, e a dor de um a dor do outro. Hoje, mais do que nunca, nas relações humanas, o Irmão de S. João de Deus é chamado a ser testemunha de Deus «amante da vida» (Sb 11, 26), que se mistura entre as pessoas e com a sua presença torna acolhedora a terra, e o homem verdadeiramente homem.
- Valorizar e promover as qualidades dos profissionais e voluntários que colaboram com a Ordem, e torná-los participantes no serviço e na evangelização das pessoas assistidas nas nossas Obras e em alguns momentos da vida da Comunidade.
- Preparar os profissionais identificados com a filosofia e os valores da Ordem para que assumam funções de direção e animação nas nossas Obras.

4.5.3. O voluntariado: gratuidade e identificação

«É voluntário aquele que, além dos seus deveres profissionais e dos deveres próprios do seu estado, de modo continuado e desinteressado, dedica uma parte do seu tempo a atividades, não em favor de si mesmo nem dos associados (diferencia-se por isso do associativismo), mas dos outros ou de interesses sociais coletivos, segundo um projeto que não se esgota na própria intervenção (distinguindo-se assim da beneficência), mas que tende a erradicar ou modificar as causas de necessidade e da marginalização social»¹⁹.

¹⁹ CÁRITAS. Cfr. DEL CARMEN FUÉS, M.: *O voluntariado na nossa sociedade*, in: Labor Hospitalaria, 1985; 198(4): 206.

A nossa filosofia é idêntica à de outros tipos de voluntariado. Só que o que é básico para todos torna-se específico no nosso caso pelo facto de ser uma ação hospitaleira e social realizada nos Centros da Ordem, segundo o espírito de S. João de Deus.

No nosso voluntariado vivem-se os seguintes princípios:

- ***Princípio da voluntariedade***: os voluntários aderem livremente, porque querem.
- ***Princípio da gratuidade***: a sua entrega é fruto de uma exigência interior, de um compromisso pessoal. Não há exigência externa que os obrigue.
- ***Princípio da solidariedade***: surge da exigência de se tornar presente na necessidade do outro, de partilhá-la.
- ***Princípio da complementaridade***: assumem-se as tarefas de que a nossa sociedade é carente, enriquecendo-a e promovendo a justiça social.
- ***Princípio da integração pessoal***: planeia-se quase sempre para dar, embora muitas vezes possamos constatar que é mais aquilo que se recebe.
- ***Princípio da preparação***: exige uma formação adequada, que lhe proporcione os conhecimentos históricos, a dimensão apostólica e os valores da Instituição, e ainda a capacidade de saber estar em cada circunstância.
- ***Princípio da coordenação***: trabalha-se de forma coordenada, em grupo, sem individualismos.
- ***Princípio evangélico***: o nosso voluntariado é a-confessional, mas fundamenta-se no Evangelho e na forma como João de Deus viveu a sua dedicação aos pobres, doentes e necessitados. Os lugares onde se exerce o voluntariado são Estabelecimentos confessionais; a gratuidade no serviço e a identificação com o carisma da Ordem resumem os fundamentos do nosso voluntariado²⁰.

²⁰ PILES F. Pascual, Origen y Trayectoria del Voluntariado en la Orden Hospitalaria de S. Juan de Dios, Congreso Nacional de Voluntarios de S. Juan de Dios, 18-20 de Outubro de 1995.

4.6. EVANGELIZAÇÃO, INCULTURAÇÃO E MISSÃO

4.6.1. Visão de conjunto

Evangelizar constitui a vocação própria da Igreja, a sua identidade mais profunda. Ela existe para evangelizar, isto é, para testemunhar, ensinar e pregar a Boa Nova de Jesus Cristo. Como núcleo e centro da sua Boa Nova, Jesus anuncia a salvação, o grande dom de Deus que é a libertação de tudo o que oprime o homem; no entanto, é sobretudo libertação do pecado²¹.

A evangelização parte do mandato missionário de Jesus Cristo: «Ide pois, ensinaí todas as nações. E Eu estarei sempre convosco até ao fim do mundo» (Mt 28, 18-20; cf. Mc 16, 15-18; Lc 24, 46-49; Jo 20, 21-23).

Para cumprir este mandato, o Evangelho deve encarnar-se, «traduzir-se» (sem trair-se) nas diferentes culturas²². A evangelização não é possível sem a inculturação.

A rutura entre o evangelho e a cultura é, sem dúvida alguma, o drama do nosso tempo, como o foi também noutras épocas²³. Por outro lado, a secularização desembocou, de facto, no estabelecimento de uma cultura da não-crença, que reduz o mundo à imanência, na qual as afirmações relativas à transcendência se tornam cultural e socialmente irrelevantes. Nesta situação, quem se dispõe a ser cristão sem renunciar ao seu tempo, sem ter que isolar-se da cultura em que vive, precisam de realizar o esforço de inculturação do cristianismo nas culturas surgidas da modernidade.

A inculturação permite encarnar a Boa Nova a partir do interior de cada cultura, levando assim a sua própria riqueza à encarnação histórica do Evangelho. Isto significa que o Evangelho, ao encarnar-se concretamente,

²¹ Cfr. PAULO VI, *Evangelii Nuntiandi* (EN) 9, 14.

²² Cultura significa a maneira como um grupo de pessoas vive, pensa, sente, se organiza, celebra e partilha a vida. Em toda a cultura sobressai um sistema de valores, de significados, de visões do mundo, que se expressam no exterior através da linguagem, de gestos, símbolos, ritos e estilos de vida.

²³ PAULO VI, *Ibid.*, 20; *Gaudium et Spes*, 43.

sofre fortes transformações em relação às suas anteriores formas de inculturação. Assim, a inculturação permite «alcançar e transformar com a força do Evangelho os critérios de avaliação, os valores determinantes, os pontos de interesse, as linhas de pensamento das fontes inspiradoras e dos modelos de vida da humanidade, que estão em contraste com a Palavra de Deus e com o desígnio de salvação»²⁴.

No seu processo linear, a inculturação deve ser dirigida por dois princípios: a compatibilidade com o Evangelho das várias culturas a assumir e a comunhão com a Igreja Universal²⁵.

4.6.2. Evangelização, Inculturação e Missão da Ordem

Num mundo em que o homem contemporâneo crê mais nos testemunhos do que nos mestres, em que acredita mais na experiência do que na doutrina, na vida e nos factos do que em teorias²⁶, a Ordem encontra-se numa situação privilegiada para a evangelização e a inculturação da fé, pelo facto de estar presente em muitas culturas, em 46 países²⁷, nos 5 continentes. A cultura da técnica, provavelmente a menos permeável aos valores cristãos, também é sensível ao testemunho vivido através do compromisso concreto pelo homem.

O carisma da Ordem conduz-nos diretamente a este compromisso, dado que a nossa missão consiste na promoção do homem sob todos os aspetos: cuidar do homem doente, acolher afetosamente os doentes crónicos, atender de modo especial os mais fracos e os mais pobres, ou acompanhar os que vivem os seus últimos momentos de vida terrena.

²⁴ EN, 19.

²⁵ Cfr. JOÃO PAULO II, *Redemptoris Missio*, 54.

²⁶ *Ibidem*, 42.

²⁷ NT Ver nota 1.

Só a fidelidade ao carisma tornará possível a evangelização e a inculturação do mundo da técnica: nesse processo deverão confrontar-se a «cultura da hostilidade» e a nova hospitalidade.

A pergunta à qual temos de responder no futuro é: como transformar os gestos de cura em autênticos gestos de evangelização; como transformar os lugares em que trabalhamos em lugares significativos de evangelização. Humanização e evangelização devem formar para nós uma unidade indivisível, porque «onde não há caridade não há Deus, embora Ele esteja em todo o lugar»²⁸.

Para a reflexão:

1. Descreve os sinais que evidenciem como se está a viver nos Centros e nas Comunidades da Ordem os princípios da hospitalidade nos âmbitos seguintes:
 - Dignidade da pessoa humana
 - Respeito pela vida humana
 - Promoção da saúde e luta contra a dor e o sofrimento
 - Eficácia e boa gestão
 - Nova Hospitalidade
 - Evangelização, inculturação e missão.
2. Descreve o que está a tornar difícil ou a ofuscar o pôr em prática estes princípios:
 - Dignidade da pessoa humana
 - Respeito pela vida humana
 - Promoção da saúde e luta contra a dor e o sofrimento
 - Eficácia e boa gestão
 - Nova Hospitalidade
 - Evangelização, inculturação e missão.

²⁸ Carta de S. João de Deus a Luís Baptista, 15. Cfr. A Nova Evangelização e a Hospitalidade..., 4.3.

3. Como se está a promover a difusão dos princípios que iluminam a nossa hospitalidade e a respetiva formação entre Irmãos, Colaboradores e Utentes?
4. Que é necessário fazer para garantir uma melhor difusão e formação em relação aos princípios que iluminam a nossa hospitalidade?

**APLICAÇÃO
A SITUAÇÕES
CONCRETAS**

5.



5.1. ASSISTÊNCIA INTEGRAL, DIREITOS E DEVERES DAS PESSOAS ASSISTIDAS

O nosso contributo para a sociedade será credível na medida em que soubermos incorporar os progressos da técnica e a evolução das ciências. Daí a importância que a nossa resposta assistencial se preocupe por estar continuamente atualizada sob os pontos de vista técnico e profissional.

A partir daqui, deveremos dar uma assistência que considere todas as dimensões da pessoa humana, sob os aspetos biológico, psíquico, social e espiritual. Só uma atenção que cuide de todas estas dimensões, pelo menos como critério de trabalho e como objetivo a alcançar, poderá considerar-se uma assistência integral.

Talvez tenha sido este o campo em que as Obras da Ordem cultivaram uma maior tradição; o seu nível assistencial foi uma característica que as distinguiu ao longo dos anos.

As primeiras Constituições já insistiam na forma de tratar os doentes e assim se fez depois, privilegiando sempre este aspeto ao longo da história.

5.1.1. Humanização da assistência

O conceito de “humanização” é um elemento fundamental da atual assistência “holística”, isto é, integral, da pessoa. De modo particular na Ordem Hospitaleira, ela constitui um elemento distintivo da sua identidade carismática, seja porque está presente implicitamente desde a primeira Obra Assistencial de S. João de Deus, seja porque foi eficazmente relançada, na década de oitenta do século passado, pelo então Superior Geral, Irmão Pierluigi Marchesi.

Se é verdade que um hospital que não acompanhe a evolução da ciência e da técnica pode ficar parado e, por conseguinte, deixar de ter interlocutores, não é menos certo que a ciência e a técnica comportam riscos.

A constante evolução, o contínuo aparecimento de novas equipas e técnicas de trabalho, acarretam consigo o perigo de se pôr de lado a pessoa humana, tanto o profissional como o doente ou a pessoa assistida; pois em muitos dos processos de trabalho, de um papel fundamental, passam a ter um papel secundário e, de acordo com as técnicas, até mesmo irrelevante. Pensemos, por exemplo, em todos os serviços de diagnóstico ou processos de informação, etc. onde antes a figura do profissional era imprescindível para um procedimento correto, ao passo que atualmente o seu papel é secundário ou inexistente.

Toda esta evolução não é neutral quanto à resposta da pessoa, nem marginal em relação à sua sensibilidade, embora frequentemente corra o risco de o ser. A tendência para um certo isolamento, no sentido de uma segregação e um despotismo tecnológico, pode ocorrer especialmente quando se lida com o doente, sujeito passivo de toda esta atividade profissional: tudo para o doente, mas sem o doente.

Por isso, é imprescindível a realização de programas de humanização nos Centros e nas Obras. Referimo-nos não só à implementação dos serviços mas à planificação de verdadeiros programas de humanização.

Deve-se fazer com que todos os profissionais que trabalham num serviço assistencial se sintam chamados a cuidar do doente ou da pessoa assistida, da sua pessoa e da sua família. Nisto consistirá a humanização das Obras de S. João de Deus: na garantia de que todos os profissionais de saúde trabalhem para o doente e com o doente, empregando os melhores recursos técnicos ao serviço da pessoa assistida.

Neste contexto está a merecer uma atenção cada vez maior nos últimos anos um movimento particular, isto é, o da *medicina baseada na narrativa* – ou NBM, sigla inglesa para *Narrative Based Medicine*. Esta abordagem não contradiz mas antes integra-se com as provas ou evidências científicas da medicina baseada na evidência, combinando os resultados puramente científicos com uma aproximação humana e personalizada ao doente, tendo em conta todas as suas componentes existenciais. A narração que

eles fazem da sua doença e da própria vida pessoal e familiar, bem como das circunstâncias em que a doença se manifesta, torna-se, assim, determinante para efeitos de uma abordagem clínica adequada. Além disso, esta abordagem numa dimensão de reciprocidade narrativa não se baseará apenas em prescrições de caráter “tradicionalmente” medico-terapêuticas, mas terá em consideração todos os elementos biográficos em que é vivida a experiência da doença. Uma competência científica cada vez maior deve unir-se a uma “competência humana” igualmente crescente, combinando **high tech** com **high touch** (*alta tecnologia* com *alto contacto*), em plena harmonia com quanto se tem vindo a afirmar na Ordem Hospitaleira, desde os anos 70 do século XX, sobre a humanização da assistência.

A atenção às necessidades da pessoa (incluindo as que se referem ao espírito e à transcendência) é um elemento fundamental em qualquer serviço de saúde e social.

A pessoa humana é um ser de relação; na medida em que entramos em contacto com os outros, vamo-nos consolidando como pessoas. Quando conseguimos que esse contacto se transforme em encontro, estamos a atingir a plenitude da nossa dimensão relacional.

Daí a importância do encontro, da escuta, da aceitação, do acolhimento, do saber canalizar os aspetos positivos e negativos que estão presentes em cada pessoa que vive e sente a necessidade dos outros.

A doença, seja qual for a sua manifestação exterior, é uma expressão da limitação, da debilidade do ser humano e é precisamente nessa circunstância especial que as pessoas fazem um pedido explícito ou implícito de apoio recíproco. Toda a pessoa, nas suas limitações e no sofrimento, procura alguém com quem partilhar a sua condição, em quem descarregar o peso que acarreta. Por conseguinte, todos quantos constituímos a Ordem Hospitaleira, Irmãos e Colaboradores, devemos adquirir e desenvolver as qualidades seguintes:

5.1.1.1. Abertura

Às novas contribuições da sociedade, aos novos critérios de atuação, às novas exigências do ser humano, às outras culturas. É aberta a pessoa que sabe acolher o que a sociedade e o mundo lhe vão oferecendo e que sabe discernir o que considera ser positivo nessa oferta, para o tornar seu. É aberta também a Instituição que sabe adotar uma idêntica postura; porém, neste caso, é necessário o diálogo entre as pessoas, para se poder discernir de forma conjunta o que é positivo para todos.

5.1.1.2. Acolhimento

Receber quem aparece, com um gesto de afeto e de esperança, que lhe permita confiar nas pessoas e nas instituições que o tomam a seu cargo. O primeiro contacto é muito importante: pode abrir ou fechar as portas. Numa situação de necessidade para o doente ou a pessoa assistida, esse primeiro contacto adquire uma importância fundamental. Numa condição de dificuldade, sentir-se aceite e acolhido é um elemento essencial para viver um estado de confiança e segurança em relação às pessoas que cuidam de alguém. Será necessário velar de modo especial para que a burocracia e os processos administrativos não se transformem em obstáculos para o acolhimento do doente.

5.1.1.3. Capacidade de escuta e de diálogo

Deixar que a pessoa manifeste a sua situação, as suas ansiedades, os seus temores e receios, e que possa sentir em nós um eco de confiança e de serenidade; tanto nos momentos de alegria como nas situações mais difíceis.

Que o doente ou a pessoa assistida compreendam que as suas manifestações não são em vão, que são acolhidas, valorizadas, tidas em consideração. Estará a dizer a única coisa que se sente capaz de dizer nesse momento; muito provavelmente, até estará a “dizer-nos” tudo acerca de si.

Haverá situações nas quais aquilo que o doente ou a pessoa assistida pedem ou desejam não seja o mais conveniente para eles. Partindo da

nossa reflexão, deveremos ser capazes de nos fazer entender e de lhes fazer compreender o que tencionamos fazer, mesmo naqueles casos em que eles discordem dos nossos critérios de atuação.

5.1.1.4. Atitude de serviço

Sempre à disposição do doente, da pessoa assistida e dos seus familiares, sempre dispostos a colocar ao serviço do seu bem integral os nossos saberes técnicos, a nossa ciência e a nossa pessoa. Nem sempre poderemos fazer aquilo que a pessoa doente ou assistida quer ou pede, mas a atitude com que fizermos as coisas revelar-lhe-á se estamos a agir para o seu bem ou pela nossa comodidade.

5.1.1.5. Simplicidade

Isto é, a humildade de quem sabe que está a dar uma ajuda a quem dela precisa e que se propõe como objetivo fundamental evitar uma situação de dependência.

Ter a simplicidade de quem caminha procurando encontrar a verdade, o bem para todos, inclusivamente em estruturas tão complexas como são as dos nossos hospitais.

5.1.2. Direitos das pessoas assistidas

Os direitos das pessoas assistidas inscrevem-se no horizonte mais vasto dos direitos humanos fundamentais. Do ponto de vista dos direitos humanos, o direito à saúde coloca-se entre os chamados direitos humanos de segunda geração, isto é, os direitos de tipo económico e social. Com o desenvolvimento da consciência relativamente a este tema, nos anos sessenta do século passado, foi-se intensificando o interesse pelos direitos dos doentes e das pessoas assistidas. Tendo em conta que, como pessoas, eles são titulares dos mesmos direitos universais de todos os outros seres humanos, deve-se considerar no entanto que, devido à sua situação, entram em jogo no seu caso determinadas particularidades que requerem uma maior sensibilidade

e solidariedade. Neste sentido, foram elaboradas numerosas declarações nacionais, regionais e locais. A Ordem assume estes direitos reconhecidos ou proclamados e, na perspetiva de uma assistência integral, valoriza de modo particular os seguintes:

5.1.2.1. *Confidencialidade*

A confidencialidade inclui três valores intimamente ligados à relação assistencial: a **intimidade**, o **segredo** e a **confiança**. O respeito pelas pessoas exige o respeito pela **intimidade** do doente ou da pessoa assistida¹, isto é, por aquela esfera particular em que cada um se explica a si mesmo, se reconhece, afirma e vincula à própria identidade. O respeito pela intimidade de cada um torna possível a convivência social na multiplicidade de todos os indivíduos. O véu do segredo tutela o respeito mútuo e abre o caminho à confiança, via de acesso à intimidade do outro.

O respeito mútuo e a confiança abrem a porta ao direito de comunicar os próprios segredos com a garantia de que não serão revelados. Nisto consiste a obrigação do segredo profissional em que se aceita e se torna implícito o compromisso de não revelar quanto se vem a conhecer no exercício de uma profissão.

A obrigação do segredo coexiste com o dever de o revelar quando não houver outra maneira de evitar que uma outra pessoa e/ou a sociedade sejam vítimas de um dano injusto, por exemplo para evitar o contágio, ou outro mal que ameaça o coletivo.

A progressiva especialização e o carácter cada vez mais técnico da medicina multiplicam os casos em que esta se exerce em equipa. Verifica-se então o **segredo partilhado**, o qual exige um cuidado especial por parte de todos para que não fique prejudicada a intimidade do doente.

¹ Alguns preferem usar o termo «privacidade», que constitui um conjunto mais amplo e global de aspetos da personalidade. Considerados isoladamente, podem carecer de significação intrínseca; no entanto, se forem coerentemente ligados entre si, refletem uma imagem da personalidade do indivíduo que este tem direito a manter reservada

O pessoal que trabalha em hospitais ou outros serviços de saúde ou sociais deve sensibilizar-se para perceber os diversos modos em que o direito de confidencialidade e intimidade é violado. Baste pensar nas conversas sobre doentes ou pessoas assistidas que se fazem em lugares públicos e no fácil acesso aos relatórios clínicos por pessoas não autorizadas. Uma atenção especial merecem todas as listas de doentes com diagnósticos e/ou tratamentos produzidas pelos modernos sistemas informatizados.

Para facilitar o respeito pela intimidade dos doentes ou das pessoas assistidas, os Centros deverão dispor, na medida do possível, de uma estrutura fixa ou móvel (como são, por um lado, quartos individuais e ambientes reservados, por outro, cortinas e biombos) que permitam o isolamento do doente de acordo com as suas necessidades. É necessário ter em conta também a idade e gravidade das doenças dos que partilham um mesmo quarto.

O doente ou a pessoa assistida poderá manifestar a exigência de estar só, ou com alguma pessoa determinada, quando é visitado pelo seu médico ou quando recebe cuidados de enfermagem. Do mesmo modo, poderá querer falar em privado com o pessoal administrativo. Além disso, deve-se ter em conta que qualquer hospital, especialmente se for de tipo universitário ou sede de ensino, é um lugar de formação e que a sua colaboração é imprescindível neste aspeto.

5.1.2.2. *Veracidade*

O direito do doente ou da pessoa assistida a conhecer a verdade está em paralelo com o já referido direito ao segredo. São direitos complementares e fornecem o mais firme apoio à necessária confiança no médico, mas ambos podem entrar em conflito em relação ao motivo primordial da relação médico-doente: a recuperação da saúde.

Como primeiro ponto, deve considerar-se como prioritário o direito a conhecer a verdade sobre o estado da própria saúde por parte do doente ou da pessoa assistida, mas não em detrimento daquilo que mais lhe convém

como pessoa. Por vezes, existem motivos de verdadeiro amor para ocultar a verdade, por exemplo, quando só se provocaria um dano inútil.

Entre os fatores que influem naquilo que convém dizer, podemos mencionar a firmeza do doente ou da pessoa assistida e a sua força de espírito, as suas convicções pessoais e o seu equilíbrio psíquico, assim como o tipo de relação existente entre o médico e o doente. Do mesmo modo, não se devem ignorar as circunstâncias económicas, familiares ou sociais que rodeariam o doente depois da consulta médica. Adquirem, porém, especial relevo o diagnóstico e o prognóstico.

O conhecimento certo de uma morte inevitável e próxima deve ser comunicado ao doente para que ele possa preparar-se para o último ato da sua vida. Este dever pressupõe a capacidade da pessoa assumir e representar bem o seu papel nesse momento decisivo. Deixar-lhe alguma esperança (*«uma nesga de céu aberto»*, como a denominam alguns) pode ajudar, não esquecendo, porém, que ajudando o doente a enfrentar a realidade sem falsidade, podemos abrir caminho a outro tipo de esperança que lhe permite assumir a verdade com mais coragem e realizar-se assim plenamente como pessoa humana. Isto acontece também no caso de pessoas que não acreditam na vida futura, mas que foram capazes de dar algum sentido à sua vida e à relação com os outros.

O *titular do direito* a conhecer a verdade é o próprio doente ou a pessoa assistida, quando adultos e senhores de si. Quando não for capaz de assumir a própria responsabilidade, por não ter alcançado a maturidade necessária ou devido a qualquer outra causa, a informação requerida deve ser comunicada a quem tiver o dever ou o poder de tomar decisões em seu nome, como representantes de confiança e interessados no bem do doente ou da pessoa assistida. Estando o doente ou a pessoa assistida na posse das suas faculdades, só se deve dizer aos seus familiares e pessoas mais chegadas, segundo o nosso critério razoável, aquilo que eles lhes desejariam comunicar.

5.1.2.3. *Autonomia*

A valorização e o respeito pela autonomia, sobretudo no âmbito da saúde, são uma conquista dos tempos modernos. De facto, até há poucos decénios atrás, existia um grande paternalismo nas relações entre o médico e o doente ou a pessoa assistida, de modo que, em geral, era o médico quem decidia e o próprio doente ou a pessoa assistida confiavam nele, consciente de não possuir nem as competências nem os conhecimentos necessários para poder escolher o que melhor lhe convém. Por outro lado, estava totalmente convencido de que o médico agia sempre para o seu bem.

O «doente pós-moderno», como hoje se diz, já não pensa da mesma maneira. Tem consciência dos seus direitos, entre os quais se encontra o direito à vida e à tutela da sua saúde, sendo estes prioritários. Além disso, tem consciência de ser o único titular destes direitos, cuja defesa não pode delegar noutros, pelo menos enquanto tiver o uso da razão.

Esta mudança de paradigma não aconteceu sem sofrimento e o paternalismo do passado foi substituído por um **contratualismo** exasperado, que faz com que a relação entre o médico e o doente seja entendida como um simples «contrato», em virtude do qual ambos são obrigados a respeitar as cláusulas. É evidente que a superação destas posições opostas não pode senão ser a de uma autêntica aliança terapêutica na qual o médico coopera com o doente para realizar o seu maior bem, respeitando as escolhas de cada um. Para que tudo isto se possa levar a cabo da melhor forma possível é fundamental entender o que é a autonomia do doente.

Segundo uma interpretação clássica, uma **escolha** é considerada autónoma quando se respeitam três condições. A primeira é a **intencionalidade**: deve tratar-se de uma escolha totalmente «voluntária» e não apenas desejada. Em segundo lugar, deve existir um **conhecimento** daquilo que se decide. Naturalmente, tudo isto põe em questão o problema da verdade a ser dita ao doente ou à pessoa assistida, da qual se falou no ponto anterior e para o qual se remete. Por fim, a escolha deve manifestar-se **em ausência de controlo externo**. Isto significa que não deve haver qualquer forma de

coação (nem sequer a que poderia derivar da influência que o médico exerce sobre o doente, ou do medo de uma possível interrupção do tratamento por parte dele), nem de manipulação (por exemplo, o facto de se alterar ou distorcer a verdade, mesmo que isso seja feito pelo suposto bem do próprio doente ou da pessoa assistida). Frequentemente, acrescenta-se a estes critérios ainda a ausência de «*persuasão*», embora mais prudentemente acreditemos que uma tentativa de persuasão, equilibrada e respeitosa, deva ser considerada como algo devido, se tiver com objetivo o bem efetivo do doente ou da pessoa assistida.

Naturalmente, no plano pragmático, estes critérios relativos à autonomia do doente ou da pessoa assistida manifestam-se plenamente no **consentimento** dado ao ato médico, seja ele de diagnóstico ou terapêutico. Para uma modalidade mais orgânica de obtenção do consentimento poderá ser oportuno que as diferentes Casas ou Províncias disponham de formulários específicos a serem utilizados na prática clínica de vários Centros. É fundamental que todos os profissionais de saúde compreendam que o pedido de consentimento não é um procedimento de caráter legal destinado a salvaguardar os profissionais, mas um direito do doente ou pessoa assistida e, como tal, implica uma específica obrigação ética por parte dos próprios profissionais.

Por fim, é necessário refletir sobre os limites da autonomia. Embora ela seja o primeiro princípio da bioética e na qual se baseia a maioria dos problemas bioéticos contemporâneos, a autonomia não pode ser considerada como um princípio absoluto, nem superior a todos os outros. Há limites objetivos para a autonomia das escolhas, como as que em primeiro lugar dizem respeito à vida, que não pode ser objeto imediato e incondicional de escolha por parte do doente ou da pessoa assistida. Isso levaria a legitimar qualquer tipo de suicídio. Pelo contrário, é necessário considerar que, na relação com o doente ou a pessoa assistida, o valor supremo a respeitar não é a sua autonomia mas antes o seu bem, que naturalmente inclui também a autonomia.

Além disso, dentro dos limites da autonomia, devemos também incluir os de ordem cultural e religiosa. No primeiro âmbito, de facto, podem existir comportamentos considerados ilícitos somente pela própria religião, enquanto no contexto de outras culturas, a autonomia nem sempre é um valor de carácter individual, assumindo uma dimensão coletiva. O indivíduo é considerado parte do grupo e é este, o grupo, que é plenamente detentor do poder de decisão.

5.1.2.4. *Liberdade de consciência*

O direito à liberdade de consciência, claramente formulado no artigo 18.º da ***Declaração Universal dos Direitos Humanos*** e inserido na maioria das Constituições dos Estados modernos, é exigido pela dimensão ética do ser humano e pela autocompreensão da sua existência como dom e como projeto a realizar. Por conseguinte, todas as pessoas têm direito ao respeito pelo seu pensamento, bem como pelas suas opções filosóficas, ideológicas, políticas e culturais, desde que não sejam lesivas de direitos humanos fundamentais. Esta condição assume hoje uma importância especial face ao multiculturalismo e à diversidade de opções éticas da sociedade contemporânea.

Este âmbito diz respeito de modo particular à dimensão religiosa da existência. Neste caso, devemos recordar que a declaração ***Dignitatis Humanae***, do Concílio Vaticano II, começa precisamente por afirmar que «**a pessoa tem direito à liberdade religiosa**».

O exercício desta liberdade está evidentemente condicionada pelo princípio geral da responsabilidade pessoal e social, isto é, pelo facto de cada pessoa ou grupo social terem obrigação de respeitar os ***direitos dos outros*** e os ***deveres*** para com os outros e o bem comum. Estes limites concretizam-se na exigência de um ordenamento jurídico que tutele concretamente tal liberdade religiosa e defenda de um injusto proselitismo.

Cada pessoa e todas as Igrejas têm o direito de manifestar a sua fé. O direito à liberdade religiosa inclui o direito a dar esse testemunho, respeitando a

justiça e a dignidade da consciência dos outros. Mas o «proselitismo» é uma corrupção do testemunho, pois consiste em comportamentos abusivos e impertinentes no exercício do testemunho cristão que ofendem a liberdade religiosa do próximo. Segundo o Conselho Mundial das Igrejas e de acordo com o Secretariado para a Unidade dos Cristãos, as principais atitudes reprováveis são as seguintes:

- Todo o tipo de pressões físicas, morais ou sociais que conduzam à alienação ou privação do discernimento pessoal, da livre vontade e de uma plena autonomia e responsabilidade do indivíduo;
- Qualquer benefício material ou temporal, oferecido abertamente ou de forma indireta, em troca da aceitação da fé de quem dá testemunho dela;
- Qualquer benefício que provenha do estado de necessidade no qual se poderia encontrar quem recebe o testemunho, ou da sua condição de debilidade social ou falta de instrução em vista de o converter ao próprio credo;
- Seja o que for que possa suscitar suspeitas sobre a boa-fé do outro;
- Qualquer alusão que denote falta de justiça ou de caridade para com os crentes de outras comunidades cristãs ou de outras religiões não cristãs, com o fim de os tornar adeptos; ataques ofensivos que firam os sentimentos de outros cristãos ou membros de outras religiões.

5.1.3. Deveres das pessoas assistidas

Em paralelo com os *direitos* dos doentes e das outras pessoas assistidas, embora muito menos elaborados no plano da bioética e da prática, estão os *deveres* das mesmas.

5.1.3.1. Respeito pela Instituição e pelos seus princípios

As instituições de saúde da Ordem Hospitaleira são estruturas confessionais de declarada matriz católica. Precisamente por isso, a sua missão, expressão da missão universal da Igreja, dirige-se a todos sem qualquer discriminação de caráter ético, ideológico ou religioso. Mas, ao mesmo tempo, aqueles que

não compartilham a fé católica ou os princípios de uma assistência que se inspira neles têm o dever de respeitar o espírito que anima tais estruturas. Por conseguinte, devem abster-se de qualquer conduta que possa estar em claro contraste com quanto professado por essas instituições. Este facto, naturalmente, não exclui eventuais reivindicações em relação a injustiças ou negligências realmente ocorridas (mas que o são independentemente da confissão religiosa) nem o justo respeito pela sua filiação religiosa, como já se afirmou relativamente aos direitos do doente e das outras pessoas assistidas.

5.1.3.2. Respeito pelos profissionais de saúde

Os profissionais de saúde que, em diferentes posições, assistem o doente têm o direito de ser respeitados no seu profissionalismo, dignidade, asseio e trabalho, especialmente quando este é particularmente difícil devido à responsabilidade que implica. Por conseguinte, o doente deve respeitá-los, sabendo que em todo o caso eles se dedicam a cuidar da sua pessoa num momento de necessidade. Mesmo se, eventualmente, a assistência possa não parecer ser ótima – salvo nos casos de objetiva má prática ou negligência – a compreensão que a pessoa doente ou assistida exige em relação a si mesma deve ser exercida também em relação aos profissionais de saúde. É verdade que se trata de uma relação assimétrica, mas também os profissionais de saúde são pessoas com a sua parte de fragilidade, cansaço, problemas familiares, económicos, laborais, ansiedades, preocupações e mal-estar que podem repercutir-se numa relação que deveria ser sempre cordial e empática. Neste sentido, precisamente a estima e a compreensão por parte do doente ou da pessoa assistida pode ajudá-los a viverem de modo mais humanizante o seu trabalho.

5.1.3.3. Respeito pelos doentes e pelas pessoas assistidas.

O doente ou a pessoa assistida não usufrui sozinho da estrutura de saúde e, portanto, deve ter em conta os outros doentes ou pessoas assistidas que o partilham consigo. Para isso, devem evitar causar-lhes incómodos nos momentos em que descansam, especialmente de noite, compativelmente com as exigências da terapia. Deverão evitar ruídos e interferências

durante as visitas dos familiares, por exemplo, mantendo alto o volume do televisor, ou ter comportamentos que possam causar incómodo aos outros doentes hospitalizados. Mas, se estas são indicações “em negativo”, não devemos menosprezar as positivas. A presença simultânea de doentes ou de pessoas assistidas é sempre um grande recurso psicológico e, portanto, também terapêutico. Estabelecer boas relações, especialmente durante os internamentos de longa duração, pode ser uma ajuda eficaz para tornar mais aceitável uma estadia que é, no entanto, sempre motivo de desconforto, assim como para uma ajuda recíproca durante o tempo da doença.

5.1.3.4. Respeito pela abordagem clínica

A relação terapêutica entre o médico e o doente ou a pessoa assistida recorre a uma série de instrumentos clínicos de diferente natureza: entrevista anamnésica, análises laboratoriais, diagnóstico por imagens, etc. Ao proceder assim, o doente ou a pessoa assistida devem cooperar plenamente com quem cuida deles, adotando comportamentos diligentes, nomeadamente: ter sempre consigo a documentação clínica anterior, tendo o cuidado na sua conservação (sem a amarrotar, manchar, etc.) e não a ocultando, para ver se o médico consegue orientar-se mesmo sem ela, nem colocando no mesmo plano a sua relação com o médico e a que pode derivar de informações recolhidas na Internet; por fim, deve cumprir diligentemente as prescrições terapêuticas.

5.1.3.5. Respeito pelos ambientes

O doente, ou a pessoa assistida, exige, com razão, que a estrutura hospitalar em que se encontra seja “hospitaleira”, que os diversos ambientes estejam limpos e sejam acolhedores, que os serviços sejam funcionais, que haja espaços para os familiares, etc. Precisamente por isso, o doente, ou a pessoa assistida, deve ser o primeiro a manter nesse estado tais ambientes. O caráter de uma estrutura “pública” não é o facto de ela não pertencer a ninguém, mas de ser de todos. Assim, não só deverão ter o máximo cuidado, como se estivessem na sua própria casa, mas ainda mais, tratando-se de espaços comuns partilhados com outras pessoas. Além disso, na mesma atitude de

respeito deverão também envolver os outros doentes ou pessoas assistidas que partilham com eles a permanência hospitalar, estimulando-os a fazerem o mesmo, como que “entregando-lhes” os ambientes nas condições ideais em que os encontraram. Esta atenção diz respeito ao bom uso dos equipamentos, a manter limpas (pelo que diz respeito a cada um) as instalações, não desfigurar ou sujar as paredes, cuidar dos espaços verdes comuns (se os houver), não ficar indiferentes perante comportamentos que possam provocar danos (incêndio, alagamentos, etc.).

5.1.4. Direitos da criança e do adolescente

No âmbito dos direitos do doente, ou da pessoa assistida, assumem particular importância os direitos específicos dos menores (crianças e adolescentes). Entre eles, recordamos: o direito a receber informações de saúde, o direito à autodeterminação sobre o próprio estado de saúde (dentro dos limites e segundo as regras de quanto se especifica melhor seguidamente, a propósito do consenso); o direito à confidencialidade dos dados clínicos; o direito à liberdade religiosa e à integridade física. Além disso, para a criança hospitalizada é fundamental o direito à presença e ao acompanhamento dos seus parentes e à continuidade educativa em âmbito escolar. No âmbito destes direitos, limitamo-nos a destacar algumas das principais questões emergentes.

5.1.4.1. *Consenso e assenso da criança e do adolescente*

Na maioria dos países, o consenso ou desacordo relativamente a atos diagnósticos e terapêuticos competem a quem exerce a autoridade parental, ou seja, aos pais ou, na sua ausência, ao tutor da criança e do adolescente. No entanto, isto não significa que a criança e o adolescente não tenham alguma capacidade de decisão ou não devam ser interpelados relativamente às intervenções que lhes digam respeito. Nos planos jurídico e médico-legal, nos países em que a responsabilidade parental, mesmo em relação a um menor emancipado, pertence aos seus pais, o seu será apenas um **acordo** que não exclui o consentimento dos pais, mas no plano ético subsiste o

dever de considerar em qualquer caso as suas preferências, os seus desejos, a sua vontade. Obviamente, tal consideração deve ser proporcional às suas capacidades de compreensão, relacionadas aliás com a idade. Como afirma a Convenção de Oviedo, “O parecer do menor será tido em conta como um fator que será determinante proporcionalmente à sua idade e ao seu grau de maturidade”². Esta exigência de consentimento é particularmente importante no caso de experimentação farmacológica. É possível efetua-la no menor desde que, da experiência em questão se preveja pelo menos um benefício potencial para o mesmo e um nível aceitável de eventuais danos.

5.1.4.2. Recém-nascidos com peso extremamente baixo

Nos Centros mais avançados da Ordem colocar-se-á cada vez mais frequentemente um problema de carácter científico relativamente às intervenções de reanimação em recém-nascidos de idade gestacional e peso extremamente baixos no momento do nascimento (valores inferiores a 24 semanas e 500 gramas) que, até há ainda muito pouco tempo, eram classificados como “abortos”. Os problemas dizem respeito principalmente ao resultado da intervenção que, embora muitas vezes permita a sobrevivência dos recém-nascidos com poucas centenas de gramas, deixa ao mesmo tempo deficiências permanentes. Segundo os critérios gerais inerentes à proporcionalidade das terapias, tem-se eticamente o dever de fazer o que é “proporcional” à situação em questão, evitando quaisquer medidas de obstinação terapêutica.

5.1.4.3. Conflito de interesses

Na assistência à criança e ao adolescente deve-se ter sempre presente aquilo que é o melhor (*best interest*) para eles. Existem de facto inúmeras situações de conflito, desde a assistência mais ordinária e diária às mais delicadas e clinicamente complexas formas de assistência que podem contrapor o interesse dos pais da criança e do adolescente às destes. Por exemplo, uma

² CONSELHO DA EUROPA, Convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina, Oviedo 1997, *op. cit.*, 6.2.

terapia mais dolorosa, mas mais rápida e mais “conveniente” para a família, intervenções de ordem estética para satisfazer necessidades narcisistas, o uso de sedativos clinicamente desnecessários, indo até formas de abstenção ou, pelo contrário, de intensificação terapêutica não justificadas no plano médico.

5.1.4.4. Experimentação

Também neste âmbito é necessário que prevaleça sempre o interesse da criança e do adolescente. De facto, no campo pediátrico surge uma diferença relativamente à experimentação do adulto. A experimentação pode não se aplicar diretamente, no seu decurso, à pessoa que a ela se submete, ao passo que a experimentação na criança e no adolescente deve incluir sempre um possível benefício para eles. Além disso, nos estudos realizados aleatoriamente que prevejam também a participação de indivíduos saudáveis, as crianças e os adolescentes que porventura sejam livremente incluídos neles não deverão ser sujeitos a tratamentos perigosos ou invasivos. Em todo o caso, mesmo se a criança e o adolescente não podem juridicamente emitir um consentimento válido, que é sempre reservado aos que detêm a sua tutela, podem e devem formular, dentro dos limites e nas formas permitidas pelas suas faculdades, o seu **assentimento**. Sem ele, mesmo com o consentimento dos pais, a experimentação não deve ser realizada.

5.1.4.5. Futilidade

Particularmente delicados, na infância e adolescência, são os problemas relativos à futilidade ou à obstinação terapêutica. Se esta merece críticas quando praticada em pessoas adultas, é criticável mais ainda quando aplicada a crianças e adolescentes submetidos a tratamentos inúteis sem resultados clínicos positivos. Mesmo que tais intervenções, na avaliação afetiva dos pais, sejam propostas em benefício da criança ou do adolescente, nem sempre elas visam verdadeiramente o seu interesse, servindo pelo contrário apenas para gratificar os pais na ilusão de terem feito todo o possível pela sua vida ou saúde.

5.1.4.6. Adolescência

Hoje, o adolescente não só adquiriu um papel social muito diferente do que era no passado, mas esta é precisamente a idade com mais riscos devido a eventos como as dependências, as doenças sexualmente transmissíveis, a gravidez indesejada, distúrbios alimentares, etc. Por outro lado, embora esteja ainda sujeito à autoridade parental (com variáveis no plano legislativo nos diferentes países, de acordo com a idade), em certas condições são possíveis determinados atos, tais como a doação de órgãos ou a interrupção da gravidez. Além disso, a particular fragilidade psicológica desta idade, os seus problemas psicológicos, a necessidade de autonomia, as crises religiosas, o mal-estar familiar, etc., impõem a todos aqueles que se confrontam com pessoas que atravessam esta fase da vida uma particular sensibilidade e competência humana, além de um conhecimento profundo do mundo da juventude, das suas exigências e dos seus momentos críticos. Portanto, o adolescente deverá ser informado claramente e de modo inequívoco sobre os processos diagnósticos e terapêuticos a que poderá ser submetido e deverá igualmente ser reconhecido e respeitado o seu eventual desacordo quanto à terapia proposta.

5.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS DA NOSSA AÇÃO ASSISTENCIAL

5.2.1. Sexualidade e procriação

5.2.1.1. Procriação responsável

A procriação humana é o caminho mediante o qual Deus coopera com o homem que livremente se torna instrumento do seu ato criador através da concepção. Daí deriva o grande valor do ato humano de conceber que, por isso, é confiado à procriação responsável por parte do casal³. Esta responsabilidade procriadora faz com que o casal esteja atento ao duplo significado, unitivo e procriador, da sexualidade conjugal. No cumprimento desta tarefa tão importante, o casal orientar-se-á à luz da palavra de Deus

³ JOÃO PAULO II, *Evangelium vitae* (EV), 44.

e dos ensinamentos da Igreja adquiridos de forma responsável e segundo a própria consciência.

Nos Centros da Ordem deverão ser fomentadas todas aquelas estruturas que, segundo as formas e as modalidades próprias das situações médicas e culturais dos diferentes países, possam incentivar uma responsabilidade procriadora, mesmo mediante um adequado aconselhamento (*counselling*).

Estes mesmos critérios hão-de aplicar-se também aos serviços profissionais dos agentes de saúde, tanto a nível de ambulatório como nas intervenções em regime de hospitalização.

5.2.1.2. Interrupção voluntária da gravidez

A vida humana é um valor universalmente reconhecido, embora seja entendido segundo diferentes sensibilidades históricas e culturais. O seu respeito e a tutela da vida humana constituem o fundamento de todas as profissões e organizações de saúde.

A tutela da vida estende-se desde o seu princípio até à extinção natural, independentemente das modalidades e circunstâncias da fecundação, do seu estado de saúde antes e depois do nascimento, das suas expressões relacionais, da sua aceitação social. Aliás, qualquer situação de precariedade existencial, segundo o exemplo de S. João de Deus, constitui um motivo de compromisso, individual e comunitário, para a salvaguarda do dom que Deus confia ao homem.

Ao considerar inviolável a vida humana, estabelece-se um princípio ético que se deve respeitar, independentemente das complexas questões teológicas sobre o momento da «*animação*» (isto é, a infusão da alma sobrenatural, quer tenha lugar no momento da concepção, quer num momento posterior). Segundo as equilibradas e prudentes posições manifestadas na instrução *Donum Vitae* e na encíclica *Evangelium Vitae*, o ser humano deve ser

respeitado «*como pessoa*» desde o momento da sua concepção, tendo desde essa fase a dignidade própria da pessoa humana⁴.

É necessário, porém, que a desaprovação do aborto voluntário não se traduza em desprezo por quem o pratica. Com caridade cristã, pelo contrário, as nossas Obras devem tornar-se centros não só de acolhimento da vida, mas também de “reconstrução” de uma existência muitas vezes profundamente perturbada por ter praticado uma interrupção da gravidez. Não só a condenação do erro não deve implicar a condenação de quem erra, mas deve transformar, através do amor, aquele que erra numa pessoa consciente do seu erro e, ao mesmo tempo, confiante no perdão de Deus, que nunca falta.

A ilicitude da interrupção voluntária da gravidez não exclui a possibilidade que possam praticar-se intervenções farmacológicas ou cirúrgicas destinadas a salvar a saúde da mãe e que possam também ter como consequência a morte do feto, desde que esta não seja diretamente desejada, que não seja obtida através da intervenção propriamente dita e que esta intervenção seja inadiável⁵.

5.2.1.3. Objeção de consciência

A inviolabilidade da vida humana exclui que nas Obras da Ordem Hospitalara possam ser praticados não só o aborto voluntário mas também outras intervenções que, de facto, suprimam a vida. Os profissionais da saúde que nelas trabalham estão, por conseguinte, obrigados à objeção de consciência. Esta consiste na recusa de cumprir uma prescrição legal cujos efeitos são contrários às próprias convicções ideológicas, morais ou religiosas. Assim, no âmbito clínico, pode aplicar-se não só à interrupção da gravidez, mas também a certas práticas de procriação assistida, à eutanásia e a algumas intervenções suspensivas de terapias vitais. A objeção propriamente dita é garantida pelos diferentes sistemas legislativos que regem o âmbito e

⁴ CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ, instrução *Dignitas Personae*, (2009), 5.

⁵ Cf. CONSELHO PONTIFÍCIO PARA A PASTORAL DA SAÚDE, Carta dos Profissionais da Saúde, Cidade do Vaticano, 1995, § 142.

as modalidades de aplicação. No entanto, como “cláusula de consciência”, pode ser aplicado a todas as situações em que o profissional de saúde considere não poder, em consciência, cumprir as disposições legais. Neste caso, assume plenamente as consequências, também de carácter jurídico. De *persi*, a objecção de consciência é sempre individual. Possíveis acordos locais e, recentemente (2010), uma resolução do Conselho da Europa, preveem a possibilidade de uma objecção de consciência “institucional” que exonere toda a estrutura de saúde, e não apenas os profissionais individualmente, de praticar atos que sejam contrários à identidade específica da instituição⁶.

5.2.1.4. Diagnóstico pré-natal

O diagnóstico pré-natal constitui hoje um dos métodos mais sofisticados de investigação destinado certamente a ter no futuro uma abrangência e aperfeiçoamentos metodológicos cada vez maiores. Pode ser realizado mediante métodos não-invasivos, como a ecografia morfológica, a ecocardiografia; com métodos invasivos (amniocentese, biopsia de vilo corial) e com testes bioquímicos (teste triplo, etc.). Muitas vezes, realiza-se através da combinação de alguns deles.

Na sua aplicação imediata, no entanto, a amniocentese não está imune do risco de uma configuração incorreta do princípio que a pretende destinada a provocar a interrupção abortiva da gravidez. Colocar o problema nestes termos significa trair radicalmente o espírito de serviço ao homem que a investigação científica encarna no mais alto grau. As maiores expectativas têm antes em vista a perspetiva de “terapias intrauterinas” que já começam

⁶ Cf. BENTO XVI; Audiência aos Farmacêuticos católicos por ocasião do seu XXV Congresso internacional, 29.10.2007.

Este é o texto da resolução 1763/2010 do Conselho da Europa: ***Nenhum hospital, estabelecimento ou pessoa pode ser sujeito a pressões, ser responsabilizado ou sofrer qualquer tipo de discriminações pela sua recusa de realizar, acolher, colaborar em, ou submeter-se a, um aborto ou uma eutanásia (...).***

Em Dezembro de 2011, a Comissão Geral de Bioética da Ordem publicou o documento sobre ***objeção de consciência*** (disponível no sítio web da Ordem) no qual, além dos princípios gerais, são analisadas em pormenor questões como a chamada “cláusula, ou afirmação de consciência”, a objecção dos farmacêuticos, a prescrição da “pílula do dia seguinte”, a cooperação no mal, etc.

a vislumbrar-se e das quais o diagnóstico pré-natal é a premissa essencial. Será por conseguinte necessário prestar uma atenção especial de modo que os processos de diagnóstico pré-natal não visem apenas a interrupção da gravidez no caso de se detetarem malformações fetais. Pelo contrário, o compromisso positivo a favor da vida e o acolhimento do mais fraco e necessitado, como é um indivíduo malformado, exigem, na fidelidade ao carisma de S. João de Deus, um acolhimento mais concreto e eficaz. Isto é ainda mais necessário quando a cultura dominante e as políticas de muitos estados tendem a negar a vida a indivíduos de alguma forma “imperfeitos”. A possibilidade que nas Obras da Ordem se realize este diagnóstico exige, ao mesmo tempo, que sejam precisamente essas mesmas Obras a instituir serviços qualificados de aconselhamento (*counselling*) para o casal e a família em dificuldade devido ao nascimento de uma criança malformada. Além disso, nos últimos tempos, o diagnóstico pré-natal foi também usado, especialmente nalguns países, para a eliminação de fetos do sexo feminino, apesar de não apresentarem qualquer patologia.

5.2.1.5. Intercetivos e contra gestativos

Trata-se de duas tipologias de fármacos que têm como efeito impedir a implantação do embrião no útero ou provocar a sua separação nas fases iniciais da nidção.

RU-486 é a sigla com que se designa um fármaco que, nas fases iniciais da gravidez, é capaz de produzir a separação do embrião já fixado nas paredes uterinas. Em termos de avaliação moral, portanto, o critério não é diferente do que se formulou para a interrupção voluntária da gravidez. Além disso, o recurso a este fármaco pode levar também a uma certa banalização do ato abortivo que adquire a tipologia de um verdadeiro “aborto em pílula” e a uma nova solidão, porque, muitas vezes, o aborto propriamente dito pode ocorrer mesmo fora do ambiente hospitalar.

O termo *interceção* refere-se, em geral, a todos os métodos que se destinam a impedir a implantação do embrião após uma relação sexual “desprotegida”. Para serem eficazes, tais métodos devem ser utilizados dentro de 72 horas a

seguir à relação sexual. E a forma mais comum de interceção é a chamada “pílula do dia seguinte”. No entanto, segundo estudos mais recentes, não é certo que a ação seja efetivamente de tipo intercetivo podendo ser para todos os efeitos um anticoncepcional.

5.2.1.6. Reprodução assistida

São muitos os casais estéreis que recorrem a técnicas de reprodução assistida como recurso eficaz para ultrapassar um problema que não depende da sua vontade. Nenhum Centro da Ordem pode prestar este serviço sem estar altamente qualificado e reconhecido para isso. Neste caso, consideramos eticamente aceitável a ajuda aos casais por meio de técnicas de reprodução assistida que permitam ao casal procriar na sua intimidade sexual⁷, utilizando gâmetas do casal, e no respeito pela vida do embrião. Se circunstâncias da política de saúde exigirem outras intervenções será necessário arbitram-se soluções aceitáveis ou procurar alternativas. As comissões de ética e bioética podem ser nestes casos uma excelente ajuda.

5.2.1.7. Mutilações genitais femininas (MGF)

Trata-se de um fenómeno que existiu sempre mas que só recentemente mereceu a atenção da opinião pública. Estamos perante vários tipos de intervenção, tendo como denominador comum uma mutilação dos órgãos genitais externos da mulher. Além dos danos imediatos (infecção, hemorragia, choque, algógeno, etc.) tais práticas podem ter resultados graves mais tarde no âmbito sexual e na esfera reprodutiva. Mas é principalmente no plano psicológico que as MGF exprimem todo o seu desvalor como forma brutal e imotivada de submissão feminina. Portanto, além de uma firme condenação de semelhantes procedimentos, é preciso prestar uma atenção especial aos cuidados de saúde das mulheres que foram vítimas de tais atos, no caso de chegarem a algum Centro da Ordem, não apenas nas regiões em que eles ainda ocorrem, mas também noutros em que mulheres que sofreram MGF se podem vir a encontrar como emigrantes. Será igualmente

⁷ Cf. CONSELHO PONTIFÍCIO PARA A PASTORAL DA SAÚDE, Carta dos Profissionais da Saúde, 21.

necessário predispor eventuais medidas nas áreas de maior risco para um acolhimento adequado e apoio psicológico e humano.

5.2.1.8. *Transsexualidade*

Em alguns Centros da Ordem começam a levantar-se questões éticas e clínicas em relação às pessoas transsexuais que procuram diferentes tipos de intervenção médica ou cirúrgica (de mutilação ou reconstrução) para adaptarem o sexo somático ao psíquico. Sobre esta questão não há unanimidade de pontos de vista. No plano do respeito pela integridade anatómica, tais atos configuram-se, de facto, como uma lesão que não tem em vista o tratamento de uma patologia. Mas numa abordagem mais ampla do bem integral do doente ou da pessoa assistida, aos quais se destina toda a atividade assistencial, trata-se de recompor uma espécie de unidade perdida, eliminando aquela que o doente ou a pessoa assistida sentem como uma laceração psicossomática irreversível e irrecuperável.

5.2.2. Doação de órgãos e transplantes

5.2.2.1. *Transplante de órgãos*

As modernas possibilidades proporcionadas pelos transplantes constituem um dos maiores desafios éticos dos nossos tempos, convidando-nos a adquirir uma nova visão da solidariedade interpessoal. A prática atual de transplantes oferece numerosas opções, nomeadamente:

Transplante de cadáver. É a forma mais comum e mais difundida. Dispor que os próprios órgãos sejam doados depois da morte deveria ser considerado como um autêntico dever por parte de todas as pessoas e, mais ainda, por parte dos cristãos. A Ordem Hospitalreira, neste sentido, une-se aos esforços de toda a sociedade para encarnar e difundir a «**cultura da doação**». Para além dos aspetos legislativos que podem fazer com que o consentimento para o transplante depois da morte seja mais ou menos explícito, a importância da doação nunca se deve perder de vista.

Neste sentido, a dupla colocação da Ordem, por um lado, como expressão de um organismo eclesial e, por outro, de uma instituição de saúde, poderia contribuir para a sua superação. Não devemos, de facto, transformar o dever de prestar culto aos defuntos, em que é rica a piedade cristã, num culto aos cadáveres. Permanece, no entanto, esse âmbito de ilicitude para transplantes particulares que poderão vir a ser realizados num futuro mais ou menos próximo (e que poderão ter a ver com os Centros mais avançados da Ordem), como o transplante de cérebro, gónadas, rosto. Trata-se, de facto, de intervenções que, de alguma forma, transferem a própria identidade da pessoa e não simplesmente um dos seus órgãos.

- ***Transplante de órgãos entre seres vivos.*** Coloca-se um problema diferente para os transplantes efetuados a partir de um ser vivo. Sendo um gesto de enorme e por vezes heroica oblação, e devido às suas características extraordinárias, não se pode considerar como um dever ético, como acontece no caso da doação ***post-mortem***. Faz parte dos atos extraordinários a que não se está obrigado, mas que revelam uma grande e admirável generosidade. Nas várias legislações, tais transplantes são reservados aos consanguíneos ou, com algumas exceções, as pessoas que tenham laços especiais com o doente (conviventes, etc.). Só recentemente se está a avançar a possibilidade de estender também a doadores desconhecidos essa possibilidade, à qual, no entanto, apresenta diversas reservas éticas.
- ***Transplantes de órgãos de animais.*** É preciso dizer em primeiro lugar que este transplante, “em si”, não constitui causa de ilegalidade. No entanto, existem outras problemáticas específicas. A primeira poderia ser de carácter psicológico-emocional dado que o destinatário acabaria por viver com um órgão de um animal irracional dentro de si. Em segundo lugar, numa discussão geral, poderia envolver a utilização de animais neste sentido. De facto, embora reconhecendo na vida do animal uma realidade digna de tutela, numa hierarquia de valores a vida animal está subordinada à vida humana e, em caso de conflito entre as duas ou de necessidade existencial, um antropocentrismo saudável e sereno privilegia o homem em relação ao animal.

5.2.2.2. *Certificação da morte*

Para que se possam retirar os órgãos de um cadáver apresenta-se, na maior parte dos transplantes, o delicado problema da certificação da morte, embora esta dificuldade não surja apenas no caso dos transplantes. É evidente que só a um indivíduo que esteja efetivamente morto se pode retirar um órgão. Precisamente por isso existem nos dias de hoje critérios rigorosos para a sua verificação, codificados na maior parte dos sistemas legislativos. Nos casos em que se aceitam os critérios da morte cerebral, validados pela comunidade científica internacional e plenamente reconhecidos pela Igreja Católica, um indivíduo está morto quando, com base em alguns parâmetros de ordem clínica e/ou instrumental, não existe qualquer atividade, irreversivelmente, tanto no córtex cerebral como no tronco encefálico⁸. De facto, a morte é um **processo**, não um acontecimento, e portanto o momento final da existência terrena não constitui **a morte da totalidade do organismo** – que, nalgumas partes continua a viver, mesmo depois da interrupção da atividade cerebral –, mas a morte **do organismo como um todo**.

5.2.3. Doentes crónicos em fase avançada de doença

5.2.3.1. *Eutanásia*

O respeito pela vida, que começa desde o princípio, prolonga-se durante toda a duração da existência até ao seu fim natural⁹. Com o termo eutanásia referimo-nos à morte provocada, ou procurada, tanto mediante procedimentos que de maneira deliberada e voluntária a possam causar (impropriamente, **eutanásia ativa**), como através da omissão, ou abstenção, de procedimentos que a possam evitar. Esta segunda forma define-se de modo igualmente impróprio como **«eutanásia passiva»**, uma expressão que é ambígua e inadequada: ou se trata de uma supressão deliberada da vida – realizada quer cometendo-a quer abstendo-se –, ou se trata apenas de evitar uma inútil obstinação, ou encarniçamento, terapêuticos (mas,

⁸ Ibid., 129.

⁹ Cf. **EV**, 57.

neste caso, não se trata de eutanásia). Cada vez mais frequentemente é utilizada a expressão ***suicídio, ou morte, medicamente assistidos*** para indicar a eutanásia solicitada pelo doente e, de certo modo, fazer recair sobre ele toda a responsabilidade. Na realidade, isso não elimina a responsabilidade do médico e a sua direta cooperação no ato.

Aplicando o mesmo princípio do duplo efeito, já referido, ao aborto voluntário, não constitui um ato de eutanásia a intervenção que se proponha para melhorar uma condição patológica do indivíduo (por exemplo, para eliminar a dor), mas que possa também implicar, de forma inevitável e não desejada, uma possível antecipação da morte.

O dever de garantir a todos uma morte digna da pessoa humana implica, em qualquer caso, o cuidado até ao último instante da vida. A profunda diferença que existe entre a cura (***cure***) e o cuidado (***care***), faz com que não haja doentes ***incuidáveis***, embora haja alguns que são ***incuráveis***. A alimentação parenteral apropriada, a limpeza das feridas, a higiene corporal, as condições ambientais adequadas, são direitos essenciais, dos quais não se pode privar nenhum doente até ao derradeiro instante da sua existência.

5.2.3.2. *Declarações antecipadas de vontade*

São constituídas por um documento – também chamado «***testamento vital***» (***living will***) – que exprime a vontade da pessoa de que sejam respeitados os seus valores e as suas convicções no caso de um dia, devido a qualquer lesão ou doença, ficar incapaz de a manifestar. Concretamente, pede que em tais circunstâncias se respeite o direito a não se ser submetido a tratamentos desproporcionados ou inúteis; a que não se prolongue o processo de morrer de forma insensata e que sejam aliviados os sofrimentos com fármacos apropriados, mesmo se isso comportar uma diminuição da duração da vida¹⁰. Além disso, pode-se designar nesse documento um procurador de

¹⁰ CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ, Declaração sobre a Eutanásia, 5 de Maio de 1980, III-IV.

cuidados de saúde para tomar decisões no caso de o doente já não estar em condições de o fazer.

Apresentado desta forma e como declaração de intenções, não há dúvida que as diretrizes antecipadas são uma coisa boa e aconselhável. Nos países em que não existe uma legislação específica a este respeito, um amplo setor da sociedade reclama, com insistência e com razão, a sua tutela jurídica.

A Igreja não pode aceitar de forma alguma que se provoque a morte, mesmo que se trate da vontade do interessado, livremente expressa. O limite de dispor da própria vida com a intervenção de terceiros, em caso de doença ou de invalidez incurável e permanente, até provocar diretamente a morte, e a lícita recusa de tratamentos desproporcionados, assinala a diferença entre as diretrizes antecipadas aceitáveis para os católicos e as outras modalidades de expressão.

Permanece em todo o caso aberto o problema da alimentação assistida que, de *per si*, deve ser considerada como um meio ordinário e proporcionado, não podendo ser objeto de disposições antecipadas¹¹. Todavia, as modalidades puramente clínicas com que esta é realizada, podem assimilá-la, de acordo com a interpretação de muitos, a uma medida terapêutica propriamente dita.

5.2.3.3. *Estado vegetativo.*

O estado vegetativo é uma condição que ocorre após um estado mais ou menos longo de coma e em que se mantém a atividade do tronco cerebral (atividades da vida vegetativa), ao passo que estão ausentes as do córtex (consciência, mobilidade voluntária, etc.). Desta condição, que pode durar vários anos, é possível por vezes “despertar” com resíduos de *deficit* mais ou menos graves, proporcionais à duração do estado. O despertar torna-se

¹¹ Cf. Congregação para a doutrina da fé, Respostas a questões da Conferência Episcopal dos EUA sobre a alimentação e a hidratação artificial, 1 de agosto de 2007; Nota de comentário às respostas a questões da Conferência Episcopal dos EUA sobre a alimentação e a hidratação artificial, 14.09.2007.

cada vez mais difícil à medida que nos afastamos temporalmente do evento que produziu tal condição. Depois de alguns anos, só exceccionalmente isso é possível. Por conseguinte, qualquer intervenção sobre alguém que se encontre em estado vegetativo tem lugar num indivíduo biologicamente vivo, embora numa condição puramente vegetativa e sem quaisquer relações subjetivas com o ambiente externo. Os cuidados de saúde deverão portanto ser ordinários e proporcionados, evitando quaisquer medidas de obstinação terapêutica.

5.2.3.4 *Cuidados paliativos*

Podemos dizer que, desde sempre, o homem recorreu a cuidados paliativos quando se ocupou da fase «**terminal**» da vida de um doente, apoiando-o com todos os remédios disponíveis e também ajudando-o, consolando-o, acompanhando-o até à morte. Hoje em dia temos uma ideia mais elaborada destes cuidados, estruturados a nível operativo (em **hospícios** e unidades de cuidados paliativos, etc.), que nos ajudam a não abandonar ao seu destino o doente que sofre de uma doença incurável. Os cuidados paliativos apresentam-se, pois, como «cuidados totais», proporcionados à pessoa numa relação global de ajuda, encarregando-se de todas as necessidades assistenciais¹².

Os cuidados paliativos não atuam quando “já não há nada a fazer”, mas são exatamente aquilo que se deve fazer para um determinado doente. O objetivo não será certamente a cura, visto que ela é impossível, mas a concretização de uma série de medidas (por vezes, mesmo tecnicamente complexas) para garantir uma boa qualidade de vida durante o tempo que lhe resta para viver.

Uma fase particularmente delicada é a transição da terapia para o tratamento através de cuidados paliativos. Neste âmbito, assume uma importância particular nesta fase o chamado **tratamento simultâneo (simultaneous care)** ou seja, a utilização simultânea de duas modalidades de tratamento,

¹² Cf. **EV**, 65.

cuidados terapêuticos e paliativos, podendo-se assim obter as vantagens de ambas, com um benefício nítido em termos de melhoria clínica, por um lado, e melhor qualidade de vida, por outro. Esta dupla abordagem oferece também a possibilidade de ser inserida em investigação clínica, etc. Por um lado, o doente pode vir a beneficiar de ulteriores oportunidades terapêuticas e, por outro, não é forçado a escolher apenas entre duas diversas tipologias de assistência.

À luz destas considerações, as instituições da Ordem Hospitaleira que se ocupam de doentes na fase avançada da sua doença deveriam predispor, na medida possível, unidades de cuidados paliativos, destinadas a tornar mais suportável ao doente a fase terminal da doença e, ao mesmo tempo, garantir ao doente um adequado acompanhamento humano.

5.2.3.5. Sedação paliativa

Também chamada sedação “farmacológica” ou, impropriamente, “terminal”, trata-se de um procedimento terapêutico indicado para todas as situações em que as fases terminais da vida envolvem dor, ansiedade e medo, que não se podem superar de outra forma. Por mais que seja desejável viver com lucidez e plena consciência essa última fase da vida, nas pessoas em que esta é unicamente uma fonte de sofrimento, é possível fornecer tal tratamento de acordo com o doente e sem finalidades de eutanásia. No caso de esse tratamento resultar numa possível aceleração do processo que conduz à morte, ele seria em todo o caso lícito, desde que se respeitem as condições do chamado princípio do duplo efeito¹³.

5.2.3.6. Feto terminal

Com este termo referimo-nos a todas as condições patológicas fetais incompatíveis com a vida, quer de natureza genética e/ou malformações (anencefalia, agenesia renal, algumas doenças cromossómicas, etc.) que resultem de patologias materna-fetais (atrasos graves no crescimento,

¹³ Cf. Pio XII, Alocução à Sociedade Italiana de Anestesiologia, 24 de fevereiro de 1957; Congregação para a doutrina da fé, Declaração sobre a eutanásia, 5 de maio de 1980, III.

patologias placentárias ou do cordão umbilical, etc.). Tais condições colocam delicadas questões bioéticas inerentes em qualquer caso ao respeito pela vida humana e, por conseguinte, implicam a rejeição do aborto, mesmo quando fosse definido como “terapêutico”, embora, em certos casos, seja possível antecipar o parto sem uma direta supressão do feto destinado a morte certa em breve tempo.

5.2.4. Ética da terapia

5.2.4.1. *Proporcionalidade dos tratamentos*

Embora estejam orientados para a promoção da saúde, os nossos hospitais não podem considerar a morte como um fenómeno que deva ser removido, mas antes como parte integrante do decurso da vida, especialmente importante para a realização plena e transcendente do doente. Por conseguinte, cada doente deve ser correspondido no seu direito a não ser impedido, mas antes ajudado a assumir responsavelmente o acontecimento da própria morte, em harmonia com a sua religião e seu sentido da vida. A isso opor-se-ia esconder-lhe a verdade, ou privá-lo, sem uma verdadeira e urgente necessidade, das suas habituais relações com a família, os amigos, a comunidade religiosa e ideológica. Só assim se realizará, mesmo nestes momentos definitivos da existência, a humanização da medicina.

Obviamente, isto implica viver com plena responsabilidade e dignidade o momento da própria morte. Se, por um lado, não se deve provocar diretamente a chegada desse momento, por outro, também não se deve insistir em tratamentos que não influam significativamente no prolongamento da vida ou da sua qualidade, só dilatando assim a agonia numa inútil obstinação terapêutica. Cada um tem o direito de morrer com dignidade e serenidade sem tormentos inúteis, praticando todos, mas somente, os tratamentos que sejam realmente proporcionados¹⁴.

¹⁴ Cf. CONGREGAÇÃO PARA A DOUTRINA DA FÉ, *Declaração sobre a Eutanásia*, ibidem.

Entre os meios desproporcionados podemos mencionar: modestas perspectivas de melhoria clínica, uso de fármacos ou dispositivos extremamente caros ou difíceis de obter, rejeição psicológica insuperável (mutilação grave, etc.), dificuldades assistenciais extremas, etc.

Os tratamentos desproporcionados podem, portanto, ser uma verdadeira **futilidade** em termos da sua relevância clínica. Nesse caso, a sua recusa pode configurar um autêntico dever moral.

5.2.4.2. Urgências

Em muitos Centros da Ordem existem serviços de urgências ou áreas de emergência. A maior parte dos problemas éticos que surgem têm precisamente a ver com a situação de emergência apresentada pelos doentes. Em muitos casos, por exemplo, o estado de necessidade não permite que se peça o consentimento com todos os requisitos que isso implicaria. Em caso de forte conflito far-se-á recurso a quanto prescrito pelos códigos de deontologia médica e no respeito pelos sistemas legislativos dos vários países. Além disso, é preciso prestar uma atenção especial às condições psicológicas das pessoas que acompanham um doente, muitas vezes fortemente abaladas no plano emocional.

5.2.4.3. Cuidados Intensivos

As unidades de cuidados intensivos (cardiologia, reanimação, etc.) exigem muita atenção não apenas às condições clínicas mas também psicológicas do doente. Trata-se, de facto, de estruturas em que o doente tem perfeita consciência de estar numa situação crítica, cujo êxito pode mesmo ser infausto. Além disso, na maioria das vezes, esta condição de ansiedade ameaça agravar também as condições clínicas. Até mesmo o papel dos familiares pode ser modesto, tendo em conta a necessidade frequente de os isolar do contato direto com os seus familiares. É, portanto, necessário garantir que a hospitalização se verifique com aquela abordagem humanizadora que constituirá parte integrante da terapia.

5.2.4.4. *Terapia da dor*

A dor física e o sofrimento psíquico afligem desde tempos imemoriais a humanidade que, por um lado, procura combatê-la e, por outro, muitas vezes se resigna a conviver com eles. Houve também um mal entendido ascetismo cristão (designado hoje com o nome de **dolorismo**) que interpretou mal os ensinamentos evangélicos tomando-os à letra ou considerando-os inelutáveis. Se, por um lado, a dor o sofrimento devem ser encarados com firmeza, por outro, é preciso combatê-los com todos os meios que a medicina nos oferece hoje. Infelizmente, nem sempre nas estruturas de saúde é adequadamente praticada a terapia da dor. Nos Centros da Ordem, um sinal importante de atenção aos doentes e de humanização deve ser também a prática de uma adequada terapia da dor.

5.2.4.5. *Medicina estética*

Em muitos dos atuais contextos sociais, especialmente no mundo ocidental, a atenção à própria imagem, juntamente com o desejo de uma qualidade da vida cada vez mais refinada, levaram a uma procura crescente de intervenções, tanto da medicina como da cirurgia, no campo da medicina estética. Esta disciplina pertence mais à medicina dos desejos do que às necessidades de saúde propriamente dita, embora faça parte da medicina e, sendo exercida nalguns Centros da Ordem, não pode ser subestimada. Os critérios de discernimento ético da sua procura e do seu exercício farão referência para efeitos da sua aplicação a uma adequada proporcionalidade entre custos e benefícios, mas, acima de tudo, ao significado que assume em relação ao bem geral da pessoa.

5.2.5. *Investigação em seres humanos*

5.2.5.1. *Experimentação clínica*

A investigação científica foi desde sempre um dos principais **motores** com que se levou a cabo o progresso da medicina. A ela, bem como a algumas descobertas fortuitas, como aconteceu com os antibióticos ou os raios X,

devemos os êxitos atuais da ciência. Nos dias de hoje, a investigação já não se realiza em laboratórios fechados ou sobre animais, mas diretamente no homem. Este método experimental já não é só uma *opção* a que alguns investigadores recorrem, mas tornou-se hoje numa necessidade imprescindível, sobretudo no que se refere aos novos medicamentos. Depois do laboratório e do animal cobaia, todo o fármaco deve ser experimentado pela primeira vez no ser humano. Não se trata evidentemente de utilizar o homem como cobaia, mas de aperfeiçoar uma terapia da qual o próprio sujeito, sobre o qual se experimenta, e/ou outros, poderão tirar proveito. Isto só pode verificar-se respeitando algumas condições rigorosas que já foram definidas por várias cartas e declarações internacionais¹⁵. E, dado que este tipo de pesquisa se realiza sobretudo nas estruturas hospitalares, é importante que os nossos Centros estejam conscientes e atentos a estas condições.

A primeira condição é que qualquer tipo de experimentação parta de uma presunção de benefício: por exemplo, a introdução no mercado de um fármaco até então inexistente, ou de um melhor, em substituição de outro, por diversas razões: maior eficácia, menores riscos, custos mais baixos, maior facilidade de aplicação, etc.

5.2.5.2. *Consentimento informado*

Obviamente, qualquer experiência deverá ser efetuada com o consentimento do interessado. Para ser válido, esse consentimento deve ser manifestado livremente. Isto significa que não se deverá exercer qualquer espécie de coação, nem implícita nem de tipo «moral», como poderia ser a influência da autoridade médica ou o medo, por parte do doente, de não ser tratado de forma adequada.

Além disso, o consentimento deverá ser «informado», tornando o doente ou a pessoa assistida ciente de que vai participar numa experiência clínica

¹⁵ Código de Nuremberga, Declaração de Helsínquia, Declaração de Genebra, *Good Clinical Practice*, etc. Além disso, partindo dos critérios do magistério da Igreja, ver *Carta aos Profissionais da Saúde*, 75-82.

e esclarecido sobre os seus riscos e vantagens, as alternativas, as garantias de seguros, etc. Como condição prévia para que o consentimento seja realmente informado, é indispensável que o doente ou a pessoa assistida conheça a verdade sobre o seu estado de saúde. Nunca se pode esconder de forma indefinida e sistemática a verdade ao doente ou à pessoa assistida, que deve ter sempre consciência das próprias condições de saúde. Naturalmente, isso não significa que tal comunicação de verdade não se possa fazer progressivamente, diferindo-a no tempo e partilhando-a com os seus familiares. Nem que se deva obstinadamente violentar a consciência do doente ou da pessoa assistida no caso de ele ter manifestado o desejo de não saber a verdade. Nem ainda que a verdade tenha de ser pormenorizada, referindo concretamente todos os aspetos e os possíveis efeitos secundários: é suficiente que seja adequada.

5.2.5.3. Investigação com pessoas com deficiência e grupos vulneráveis

Quanto acima se disse refere-se evidentemente à experimentação clínica realizada em indivíduos jurídica e eticamente competentes, isto é, em condições de compreenderem perfeitamente o que se lhes diz e faz e capazes de exprimir um consentimento plenamente consciente. Mas a experimentação não abrange apenas estas pessoas nem se pode limitar a elas. Desse modo, ficariam excluídos outros doentes, como as crianças, os deficientes intelectuais, doentes em estado de coma ou outras pessoas com deficiência que também necessitam dos resultados das novas descobertas terapêuticas. Precisamente por isso, será necessário pensar em formas oportunas de «delegação» confiadas a pessoas que, pelos seus vínculos afetivos com o doente ou a pessoa assistida, em virtude das funções institucionais que desempenham, defenderão presumivelmente sempre o interesse do doente ou da pessoa assistida. Nestas condições e depois de avaliar os riscos que o doente ou a pessoa assistida corre relativamente aos potenciais benefícios, a experimentação poderá ser levada a cabo de forma lícita.

Um problema particular surge ainda nas possíveis experiências realizadas em indivíduos sãos. Dificilmente, qualquer um deles estaria disposto a submeter-se a este tipo de experimentação sem obter algo em troca. Na maioria dos

casos, de facto, tais pessoas encontram-se em instituições prisionais e, em troca, é-lhes concedida uma redução da pena. Por vezes, justifica-se esta prática apresentando-a como uma espécie de «*tributo*» que, desta forma, os presos pagariam à sociedade. Noutros casos, trata-se de estudantes que, de alguma forma, são remunerados pelo serviço prestado e, em muitos outros casos, estamos perante autênticos casos de «*cobaias humanas*», angariadas nos países do Terceiro Mundo em troca de uma retribuição insignificante. É desnecessário recordar que, nestes casos, falta o requisito fundamental da liberdade no momento de aceitar submeter-se à experimentação, além de que tais comportamentos são lesivos da dignidade humana. Nos nossos Centros, portanto, deverá haver sempre vigilância para que inclusivamente uma possível experimentação em indivíduos são só seja realizada depois do seu consentimento expresso de forma absolutamente livre e com uma adequada garantia de ausência de riscos significativos.

5.2.5.4. *Fetos e embriões*

Pelo que se refere à experimentação pré-natal, podem verificar-se duas situações fundamentais. A primeira tem a ver com a experimentação com embriões excedentários, fruto de métodos de fecundação «*in vitro*». Com frequência, a experimentação é realizada com considerações pseudo-humanitárias, alegando que, perante a hipótese de supressão ou congelamento do embrião, seria preferível «utilizá-lo» desta forma. A segunda situação é a da experimentação realizada em mulheres grávidas que tenham pedido a interrupção da gravidez. Também neste caso seria «utilizado» um feto que, de qualquer forma, está destinado a perder-se. Na realidade, estas considerações, por muito útil que a experimentação se torne para outros seres humanos, fazem com que se instrumentalize a pessoa humana, mesmo que seja para uma boa causa, deixando ela de ser um «fim» para se tornar num simples «meio»¹⁶.

Diferente, pelo contrário, é a situação de uma terapia experimental, mesmo com todos os riscos que comporta, levada a cabo para um possível benefício

¹⁶ Cf. *EV*, 63.

do feto no qual se faz a experimentação. Tal benefício deverá ser potencialmente maior do que o facto de não se realizar tal experimentação, ou do que a utilização de outra terapia.

5.2.5.5. *Investigação e terapia com células estaminais*

Já desde há algum tempo que se vislumbra a possibilidade de utilizar células estaminais no futuro tratamento de alguns tipos de cancro, doenças neurodegenerativas, cardíacas, etc. As células estaminais são células totipotentes que se encontram no embrião nas primeiras fases da sua existência (blastocistos), nos tecidos embrionários do cordão umbilical e em alguns tecidos do adulto (medula óssea, tecido adiposo, etc.).

Para além dos aspetos científicos do seu emprego e das possíveis aplicações terapêuticas, é necessário destacar que a extração de células estaminais do embrião comporta inevitavelmente a sua supressão. Para as células provenientes de fetos abortados voluntariamente, apesar de isso ser legal, em si, deve-se evitar que este gesto possa constituir uma legitimação do ato abortivo.

Em todo o caso, também para a utilização de células do adulto é necessário equilibrar cuidadosamente os riscos com os potenciais benefícios.

5.2.5.6. *Bancos genéticos*

Um problema emergente, pelo menos nos países industrializados mas que pode igualmente abranger os países em desenvolvimento, pelo menos em termos de fornecimento de materiais biológicos, diz respeito aos chamados bancos genéticos, ou também **biobancos**. Trata-se de estruturas, ou unidades, operacionais nas quais são conservados e devidamente catalogados em bases específicas de dados, de materiais biológicos, como células estaminais, tecidos humanos, resíduos cirúrgicos, DNA. Estes materiais são utilizados para fins de estudo ou investigação. Dado que no armazenamento de dados estão também incluídos os dados biológicos da pessoa da qual provém o material conservado, levantam-se questões delicadas relativamente à

privacidade, bem como à identificação do dado genético, especialmente quando este apresenta sinais patológicos.

5.2.5.7. *Comissões de ética*

Trata-se de dois tipos de instituição: comissões para a investigação e comissões de ética clínica. Nalguns países existe uma instituição única que inclui ambos os âmbitos; noutros, existem instituições distintas. Para promover os diversos campos de investigação clínica e farmacológica, é oportuno que os hospitais constituam comissões de investigação. Tais comissões são também uma instância formativa que inspira e promove momentos de reflexão, informação, inovação e sensibilização nas áreas assistencial, científica, didática e administrativa.

Por outro lado, as comissões de ética, que é oportuno constituir e promover em todas as Províncias da nossa Ordem, apresentam-se nos dias de hoje como órgãos para a defesa da autonomia do doente ou da pessoa assistida e do respeito dos seus direitos. Na sua estrutura deverá estar adequadamente representado o Centro ao qual pertence e, sobretudo, deverá ter pessoas adequadamente competentes no plano ético.

Nem todos os países têm leis específicas nesta matéria e muitas vezes a fisionomia de tais comissões é diferente. Em alguns países existem comissões “nacionais”, enquanto noutros são apenas hospitalares; algumas só se ocupam com a investigação e outras só consideram os problemas clínicos. Algumas são completamente independentes, outras estão ligadas a uma determinada instituição, etc.

Em todo o caso, podemos dizer que, globalmente, as funções que as comissões de ética desempenham são três, a saber:

- A primeira tem a ver com a **avaliação** e **autorização**. Compete-lhes, de facto, a apreciação dos ensaios clínicos (**trials**), tanto de carácter médico como cirúrgico. Neste âmbito, as comissões deverão exprimir um parecer ponderado que tenha em conta todas as condições de

licitude que permitam a própria experimentação (razão do estudo, proporção entre riscos e benefícios, tutela do doente ou da pessoa assistida, consentimento informado, etc.).

- Em segundo lugar, as comissões têm uma função **consultiva e propositiva** no caso de serem expressamente interpeladas por terceiros (pessoal de saúde, doentes ou pessoas assistidas, instituições externas) no sentido de exprimirem um parecer sobre questões de grande significado ético, ou para esclarecer situações de conflito para as consciências dos profissionais de saúde (assessoria ética), podendo formular linhas de orientação sobre aspetos comportamentais com relevância ética.
- Finalmente, as comissões desempenham uma função **formativa e cultural**, podendo mesmo ser consideradas verdadeiras instâncias de formação para promover a sensibilidade ética por parte quer dos Religiosos quer dos Colaboradores que atuam nos Centros, incentivando com diversas iniciativas (congressos, publicações, etc.) uma maior competência ética dos profissionais e das instituições de saúde.

Para desempenhar as referidas funções (exceto no caso da experimentação), em alguns Centros, as comissões são apoiadas por **serviços de bioética**, com denominações diferentes.

5.2.6. Medicina preditiva

5.2.6.1. Comunicação de diagnóstico

As modernas possibilidades proporcionadas pela medicina preditiva, realizada em muitos dos nossos Centros, levantam problemas éticos até agora inexistentes. O primeiro diz respeito à comunicação de diagnóstico. A quem se deve comunicar? Ao interessado, aos seus familiares, ou aos dois? O critério ético geral quanto ao facto de comunicar a verdade ao doente ou à pessoa assistida diz-nos que o titular prioritário, ou até mesmo exclusivo, deste direito, é o próprio doente ou a pessoa assistida, independentemente

da gravidade da doença. Aliás, é precisamente nos casos de prognóstico mais grave (infausto) que o problema se apresenta com mais acuidade.

A situação das doenças genéticas não deveria representar uma exceção a esta regra. No entanto, a particularidade relativa a muitas destas doenças, cuja expressão clínica poderia envolver os membros da família, faz com que se coloquem a pergunta acima referida. Obviamente, não é possível aprofundar aqui o problema: remetemos apenas para um exame atento das diferentes situações, que tenha em conta os «direitos» de todas as pessoas envolvidas, dando prioridade absoluta ao doente ou à pessoa assistida (que jamais deverão ser defraudados de uma realidade que tão profundamente lhes diz respeito), mas tendo também em conta, se for caso disso, as justas exigências dos seus familiares.

Mais ainda do que para outras doenças, a comunicação do diagnóstico de uma doença genética deve ter em conta a particular situação psicológica e emocional dos pais, estar atento ao uso de termos apropriados, compreensíveis, e que não incutam “terror” nos destinatários da informação, nunca deverá ocultar ou manipular a verdade mas, antes, apresentá-la com “doçura”, deverá respeitar as escolhas do casal mas, ao mesmo tempo, não induzir à interrupção da gravidez; pelo contrário, deve favorecer o acolhimento da vida, mesmo que afetada por graves patologias.

5.2.6.2. Património genético e tutela do segredo

No futuro desenvolvimento das ciências médicas está-se a esboçar no horizonte um conhecimento total do património genético da pessoa humana, não só no que diz respeito à sua estrutura fisiológica, mas também – e é isso o que mais conta – para identificar as suas possíveis patologias. Se, por um lado, esta realidade é uma premissa indispensável para a sua futura correção (engenharia genética), por outro, esta possibilidade levanta novos problemas de carácter ético.

O primeiro destes problemas diz respeito ao segredo dos dados que, ao serem guardados em «**bancos genéticos**», poderiam constituir um perigoso

elemento de distorção ou de simples invasão na vida do indivíduo. Na realidade, o problema não é diferente do que poderia derivar da violação de um arquivo clínico ou informático. Apresenta-se simplesmente em termos diferentes um antigo problema, que é o do carácter secreto dos dados pessoais. Talvez o mais intrigante neste caso seja a profundidade e a «intimidade» deste tipo de possível invasão, que atinge as fibras mais secretas da estrutura humana. Mas os critérios que se aplicam em outras situações deveriam aplicar-se também a esta.

Com este problema está intimamente relacionado o problema de uma espécie de «carta de identidade genética» do indivíduo, ou mesmo autênticos «pacotes» (*kit*) para o autodiagnóstico genético que já começam a surgir no mercado. Que problemas poderá causar semelhante instrumento? De que forma irá afetar a psique do indivíduo o facto de se saber que ele é portador de várias doenças genéticas as quais, embora não se manifestem clinicamente, permanecem potencialmente como tais? Que consequências terá na escolha de um parceiro? Afinal, até agora sempre se disse que devemos prevenir as doenças genéticas com oportunos exames pré-matrimoniais. Este poderia ser o último e insuperável instrumento. Poderá condicionar as escolhas afetivas do indivíduo? Trata-se, sem dúvida alguma, de um cenário ainda distante, mas para a qual é oportuno nos começarmos a preparar.

Há ainda um último aspeto, mais pragmático, embora não menos importante, que diz respeito às implicações no plano profissional e dos seguros. Não é de excluir que, no futuro, quem quiser contratar uma pessoa possa pedir (como acontece nos dias de hoje com o certificado médico) a sua «carta de identidade genética», podendo mesmo chegar a não contratar as pessoas classificadas como não idóneas – naquele momento ou no futuro. Estaríamos perante uma grave forma de discriminação laboral e, face a esta possibilidade, a filosofia dos nossos Centros deveria prever medidas que tutelem tais pessoas, que poderão vir a representar uma das «novas formas de pobreza» do futuro.

5.2.7. Problemas ético-sociais

5.2.7.1. Dependências

Apesar de em todos os povos e em todos os tempos terem existido formas de dependência física e/ou psíquica em relação a diversas substâncias, frequentemente de caráter mágico-religioso, só nos nossos dias é que este problema adquiriu dimensões ético-sociais de grande alcance. Os principais motivos são a difusão do problema, o seu predomínio junto das camadas mais novas da população, e os danos individuais e sociais implicados que o consumo de tais substâncias comporta.

O problema, que é muito complexo, questiona fortemente a intervenção da Ordem Hospitaleira, interpelada neste campo a vários níveis. Antes de mais, nos níveis tipicamente clínicos que ele comporta: primeiros socorros, procedimentos clínicos da desabilitação, tratamento médico dos seus efeitos.

Em segundo lugar, pelos tratamentos psicológicos e educativos tendo em vista a superação definitiva da dependência psíquica: se, de facto, é relativamente fácil ultrapassar a dependência física, o mesmo não se pode dizer da dependência psíquica. Efetivamente, se não houver uma proposta exigente, capaz de colmatar o vazio de valores que arrasta a juventude para o consumo de drogas, o indivíduo nunca conseguirá vencer a sua batalha contra o uso de estupefacientes. Por outro lado, este é o motivo por que a Igreja está presente com diversas estruturas no mundo da droga (centros de acolhimento, comunidades terapêuticas) tendo em vista a reabilitação e a reinserção social dos toxicodependentes.

Por fim, não devemos menosprezar a dimensão social deste compromisso da Ordem Hospitaleira plenamente em sintonia com o seu carisma. Não há dúvida, de facto, que a toxicodependência faz parte das «novas» formas

de pobreza de que tanto se fala e pelas quais a Ordem se deve sentir fortemente interpelada¹⁷.

Naturalmente, as referidas atividades não se deverão realizar em dissonância com os serviços e as intervenções das instituições públicas, mas de forma complementar a elas. Isto não significa que se devam necessariamente partilhar medidas legislativas e sociais que não se harmonizem com a missão carismática dos nossos Centros.

Entre os abusos de substâncias psicotrópicas dá-se hoje uma grande importância ao abuso de psicofármacos utilizados geralmente como soníferos ou ansiolíticos que, sobretudo nos países mais industrializados, são usados de modo indiscriminado, frequentemente a partir da automedicação sem prévia visita ou prescrição médicas.

Uma outra importante dependência é a do álcool. De facto, o problema do alcoolismo em alguns países do mundo atinge níveis de difusão muito superiores aos do uso da droga. Além disso, as camadas sociais afetadas são bastante mais diferenciadas, constituindo mais um estímulo para que a Ordem possa empenhar-se eficazmente também neste âmbito.

Ao lado de tais formas de dependência não devemos esquecer o *tabagismo* com os danos sobretudo de carácter físico que ele implica (neoplasias, patologias cardiovasculares, etc.), bem como as novas formas de dependência (*viciação na Internet, em videojogos, shopping compulsivo, etc.*).

5.2.7.2. Doentes com SIDA

A difusão atual desta patologia e as peculiaridades de ordem social que ela comporta, exigem uma resposta válida por parte da nossa Ordem, que podemos sintetizar em diversas formas de atuação.

¹⁷ Cfr. MARCHESI, Pierluigi, A Hospitalidade dos Irmãos de S. João de Deus rumo ao ano 2000, Roma, 1986, Apêndice III

A primeira deverá ser de ordem cultural, evitando nas atitudes interiores e, por conseguinte, nos comportamentos qualquer prática discriminatória. Isto torna-se particularmente necessário em todas estas situações de carácter clínico em que o sujeito seropositivo ou portador do vírus da SIDA declarado se encontra internado em hospitais gerais por diversos motivos (urgências, necessidade de intervenção cirúrgica, etc.), partilhando com outros doentes e visitantes a sua condição de hospitalização.

A atitude de acolhimento deverá manifestar-se de forma mais apropriada e como em espírito de atuação específica de uma dimensão carismática, em estruturas predispostas para a permanência destes doentes em ambiente hospitalar ou de acompanhamento dos doentes chegados à fase terminal da sua doença. Aliás, é oportuno que a Ordem se torne promotora de tais estruturas caracterizadas por aquele espírito cristão que esteve sempre orientado, no plano assistencial para as pessoas mais marginalizadas. Aliás, no plano da herança histórica não nos devemos esquecer que é precisamente na assistência às pessoas afetadas por várias doenças infecciosas que se distinguiram no passado, inclusivamente de forma heroica, muitos dos nossos religiosos hospitaleiros.

Além do facto de tomar a seu cargo estes doentes, a Ordem deverá também contribuir para a prevenção da patologia que esteja predominantemente centrada numa apropriada educação para os valores. No caso de estas estratégias se revelarem ineficazes ou insuficientes, qualquer eventual diminuição do dano se deverá realizar com uma consciência real de que tais medidas, por serem falíveis, não representam uma garantia absoluta da prevenção do contágio.

Além disso, na medida que nos for possível, seria desejável que a Ordem colaborasse também nas atividades de investigação levadas a cabo por outros organismos ou instituições médicas, tendo em vista encontrar novos remédios ao nível da terapia ou da prevenção para acabar definitivamente com este mal.

Problemas particulares, no plano ético-social, surgem nos países em desenvolvimento. Em primeiro lugar, para medicamentos antirretrovirais, seja quanto ao seu custo e às consequentes dificuldades de aquisição, seja a possíveis problemas políticos que entravam o seu fornecimento. Outro problema é a amamentação. Contraindicado em mulheres com HIV, nos países em desenvolvimento é, todavia, preferível porque, devido à elevada mortalidade infantil, tem em todo o caso um efeito protetor sobre a saúde do recém-nascido, superior ao risco de infeção.

Finalmente, devemos prestar uma atenção particular para que a profunda compreensão humana, o acolhimento, a rejeição de todas as formas de marginalização e de qualquer alegada «condenação divina» expressa em relação a esta doença, não se traduza numa legitimação dos comportamentos que estão na sua origem.

5.2.7.3. Outras doenças infecciosas

Em algumas partes do mundo existem várias doenças infecciosas como a malária, a tuberculose, algumas novas doenças virais (síndrome respiratória aguda grave), a gripe das aves, a febre hemorrágica do vírus Ébola, etc.) que ceifam a vida de muitas pessoas. Nos países com uma maior difusão destas doenças e nos quais a Ordem está presente, os cuidados médicos e a atenção humana às vítimas de tais doenças devem constituir uma absoluta prioridade assistencial.

5.2.7.4. Fármacos órfãos e doenças raras

As doenças raras são patologias maioritariamente de natureza genética, definidas como tais devido à sua exígua consistência numérica (normalmente, menos de um caso em cada 2.000 habitantes). Mesmo se cada uma delas é rara, no seu conjunto são numerosas (mais de 7.000) e muitas delas são particularmente invalidantes. Mas, devido precisamente à sua raridade, estas doenças são frequentemente difíceis de estudar e, acima de tudo, despertam pouco “interesse económico” para a indústria, que dificilmente investe no seu estudo e na sua terapia. A elas está ligado o

problema dos chamados “fármacos órfãos”, isto é, medicamentos que podem ser eficazes para a terapia ou a melhoria sintomatológica da doença, mas não são produzidos, ou são produzidos em medida inadequada porque não está garantido um retorno económico suficiente para as indústrias farmacêuticas. Uma grande parte da sensibilização social sobre as doenças raras e dos fármacos órfãos é hoje gerida pelas associações de doentes ou por organizações de voluntariado que se ocupam também da angariação de fundos para financiar a pesquisa e a terapia.

5.2.7.5. Pessoas com deficiências físicas, intelectuais e sensoriais

Embora pareça que a sociedade contemporânea voltou a preocupar-se com as pessoas com deficiência, tanto em termos da aceitação genérica do «diverso» como através da aplicação de medidas concretas, como por exemplo a eliminação das «barreiras arquitetónicas», no plano cultural continua a haver alguma rejeição desta realidade, cujas manifestações vão desde a promoção de um eugenismo pré-natal, que inclui a supressão do embrião que manifeste qualquer anomalia, até ao pedido da eutanásia para eliminar um recém-nascido malformado ou um adulto inábil.

Mas não faria sentido criticarmos tudo isto se, ao mesmo tempo, não agíssemos para enfatizar os valores do acolhimento e do amor que a sociedade deve manifestar em relação aos seus membros que se encontram em situações de desvantagem. Uma sociedade verdadeiramente à medida do homem não pode orientar-se para os «fortes», mas sim para os «fracos». Por isso, além de ter Obras específicas para as pessoas com deficiência, a Ordem deveria desempenhar nesta área um papel de testemunho.

No respeito pelos princípios de ***participação, inclusão*** e personalização, a Ordem é chamada, de modo especial, a favorecer a autonomia na vida das pessoas com deficiência, promovendo a sua integração e participação na vida social e profissional. Para isso, será necessário encorajar a desinstitucionalização, transformando as grandes estruturas em edifícios mais pequenos e familiares, que possam contar com a devida proteção, em todos os sentidos.

Um problema particularmente delicado diz respeito ao exercício da sexualidade. Uma condição indispensável para este exercício é que ele possa ser livremente querido. Existem diversos graus de restrição dessa liberdade de decisão, ao mesmo tempo que estão presentes os estímulos sexuais. Se, por outro lado, parece não respeitar a dignidade humana qualquer intervenção que tenha por fim mutilar uma das suas funções (neste caso, a reprodutiva), por outro lado, o indivíduo com deficiência intelectual não só não está em condições de exercer livremente essa faculdade, mas do seu uso, que mantém inalterado o seu potencial biológico, poderia resultar uma gravidez. Precisamente por isso, procurando manter o máximo respeito que é devido ao ser humano na sua plena identidade corpórea, deve-se evitar responsavelmente que uma pessoa com deficiência intelectual, devido às particulares condições existenciais em que venha a encontrar-se, possa provocar um dano a si mesmo e aos outros¹⁸.

5.2.7.6. Doentes mentais

Como se sabe, dada a experiência pessoal do nosso Fundador, estes doentes constituem desde sempre uma categoria particularmente predileta nas nossas Obras. Sobre eles, adquirimos uma bagagem de experiências e competências muito importante que, amiúde, foi precursora de ideias e soluções que são aplicadas nos dias de hoje nos serviços de saúde pública. Não há dúvidas que, em relação a tais pessoas, continuam a existir, além de alguns problemas assistenciais específicos que derivam das medidas legislativas de diversos países, problemas específicos de natureza ética.

O primeiro problema é, de alguma forma, o denominador comum de todos os outros e refere-se à capacidade de consentimento. A superação do paternalismo médico do passado e a atual valorização da autonomia do doente envolvem naturalmente também o doente mental. E envolvem-no de modo ainda mais radical devido às limitações de atuação da sua autonomia de

¹⁸ Sobre as delicadas questões da sexualidade na pessoa com deficiência expressiu-se também o Papa João Paulo II, na mensagem aos participantes no Simpósio Internacional promovido pela Congregação para a Doutrina da Fé, sobre a "Dignidade e os direitos da pessoa com deficiência mental" (8 de janeiro de 2004).

decisão. Poderia pois surgir a tentação de se voltar, embora apenas neste caso e com uma finalidade positiva, ao antigo paternalismo. Isso não se deve verificar, exceto quando, devido a um estado de necessidade ou por falta de outras pessoas (familiares, tutores, comissões de ética), com as quais partilhar a escolha, não houver realmente outra alternativa possível. Em todos os outros casos, o doente deverá participar nas decisões, na medida em que as suas condições o permitam, ou deverão ser convidadas a intervir as pessoas antes mencionadas, as quais, pelas suas relações ou pelo papel que representam, se presume que velem sempre pelo bem do doente.

Este problema apresenta-se de forma evidente na aplicação dos psicofármacos, na terapia electroconvulsiva (eletrochoque), na contenção física e na privação da liberdade. Ao fazer-se isto, deverá ser considerado como suficiente o consentimento geral, frequentemente implícito, expresso por quem estiver autorizado no próprio momento em que se tornar indispensável o internamento.

Em todo o caso, e para além destes problemas particulares, as estruturas psiquiátricas ou sociais da Ordem deverão caracterizar-se sempre pela profunda humanidade de tratamento dos doentes mentais. Por um lado, isto torna-se uma permanente atuação carismática daquela particular sensibilidade manifestada por S. João de Deus; por outro lado, é uma profecia renovada num âmbito que necessita de uma humanização contínua. Esta, na verdade, não deve ser entendida em sentido redutor, limitando-se ao facto de garantir ao doente mental um espaço vital, um ambiente higienicamente adequado, uma comida de boa qualidade, uma justa liberdade de movimento, a possibilidade de manter laços afetivos com a família, etc., mas deve alargar-se em termos positivos à sua «realização» pessoal. Para isso, deverão ser utilizadas todas as capacidades e todos os recursos, também de carácter espiritual. É um processo que deve conduzir a uma valorização de uma personalidade que, apesar das suas carências, deixa sempre transparecer o rosto da pessoa humana.

Nesta perspetiva, é necessário ter presente a importância da desinstitucionalização de tais doentes, os quais, com raras exceções, deverão ser acolhidos em estruturas específicas que não sejam de “internamento”, como por exemplo residências protegidas, e possam, na medida do possível, encontrar mesmo uma inserção no mundo do trabalho. No que se refere ao exercício da sexualidade em doentes mentais, recordamos as indicações referidas no ponto anterior, sobre a deficiência intelectual.

5.2.7.7. Idosos

O número de idosos, que aumenta constantemente na sociedade atual, implicando um aumento das patologias associadas, com os consequentes encargos para o sector da saúde, comporta igualmente problemas específicos de carácter socio-assistencial. As dificuldades objetivas de alguns núcleos familiares no momento de acolher um idoso ou a rejeição egoísta por parte de outros, obrigam frequentemente a pessoa idosa a viver num lar da terceira idade. São já numerosas as estruturas deste tipo geridas pela Ordem em várias partes do mundo.

Naturalmente são vários os percursos existenciais que podem levar um idoso a uma residência de idosos. Apesar de não termos direito nenhum de julgar as famílias que tomam esta decisão, a Ordem deverá fazer todo o possível para favorecer as relações afetivas entre a pessoa de idade avançada e a sua família de origem, inclusivamente prestando a sua ajuda para eliminar dificuldades que eventualmente as possam obstaculizar.

A permanência de uma pessoa idosa numa Casa gerida pela Ordem não deve ser encarada apenas como uma solução de tipo habitacional, mas deve caracterizar-se profundamente pelo sentido carismático. Isto implicará a valorização da «terceira idade», que não deve ser camuflada pela ilusão de uma juventude eterna, mas vivida como uma etapa particular e diferente da vida, com todas as riquezas e os problemas que comporta, do mesmo modo que as outras. Ao mesmo tempo, porém, deverá evitar-se aquele preconceito contra o idoso e sua estigmatização, conhecido pelo termo “ageísmo”, que leva a considerar uma pessoa idosa como inútil, por não ser

produtiva e, por conseguinte, pouco importante para o desenvolvimento, sobretudo económico, da sociedade.

A vida de uma pessoa idosa é caracterizada por uma vivência de perda (da força física, do papel social, dos afetos, do trabalho, da casa, etc.), devendo este sentimento ser interiorizado e compensado com experiências de enriquecimento (da experiência, das recordações, do bem realizado, etc.). Além disso, sobretudo se considerarmos as muitas formas de descuido ou de autênticos maus-tratos sofridos pelos idosos, os nossos Centros devem ser exemplares também no respeito pela dignidade do idoso e pela humanização do seu tratamento.

Por fim, numa perspetiva de fé, esta etapa da vida pode adquirir o sentido de uma longa vigília de preparação para o encontro com a eternidade.

5.2.7.8. Abuso de crianças, adolescentes e pessoas vulneráveis

Um dos problemas que surgiram nos últimos anos (devido a um maior conhecimento do fenómeno ou pelo aumento real do mesmo) prende-se com o abuso de crianças, adolescentes e sobre as pessoas com deficiência, além da violência de género. Tal fenómeno pode assumir o aspeto de abuso físico, psicológico e sexual. Pelo que diz respeito às estruturas da Ordem, uma particular forma de abuso é a de carácter institucional. Nas instituições assistenciais podem verificar-se todos os tipos de abuso acima referidos, bem como algumas condições específicas de abuso institucional, tais como, por exemplo, o não-respeito pela confidencialidade, o isolamento inapropriado, a intimidação, tratamentos alimentares inadequados, a recusa de alimentos, a indiferença na prestação da assistência, a ausência de resposta aos pedidos de ajuda.

É supérfluo enfatizar a gravidade de qualquer tipo de abuso, independentemente de quem o pratica, e, ainda mais, a sua particular gravidade quando ocorre num contexto institucional, seja porque a própria instituição deve proporcionar um ambiente acolhedor, de cuidados e proteção da criança e do adolescente, seja porque se verifica numa instituição da Ordem. Em

caso de investigação de tais ocorrências, em consonância com a ação da Igreja, deverão ser predispostas todas as medidas disciplinares contra aqueles que tiverem cometido o abuso, mas sobretudo de cuidados e atenção para com a vítima do mesmo abuso. A severidade adequada contra o agressor não deve fazer-nos esquecer que no centro do problema está sempre a pessoa que foi vítima do abuso e que deve recompor-se corretamente e curar-se do trauma sofrido.

Neste sentido, poderia ser oportuno, como já se fez nalguns países, elaborar protocolos específicos para prevenir e tratar eventuais episódios de abuso¹⁹.

5.2.7.9. Imigrantes, pessoas sem-abrigo e outras condições de marginalidade

A presença dos imigrantes, dos refugiados, dos prófugos, dos exilados políticos constitui um fenómeno em forte aumento em todos os países do mundo ocidental. Se, por um lado, os problemas que derivam desta situação são sobretudo de ordem social (integração cultural e religiosa, problemas de emprego, etc.), por outro, estes fenómenos constituem um âmbito no qual o carisma da hospitalidade se pode exprimir de forma concreta. As respostas neste sentido podem ser as mais variadas, sugeridas por uma criatividade que é capaz de escutar as sugestões do Espírito e suscitadas também pelas necessidades de cada país ou situação social. Obviamente, ao lado da dimensão do simples acolhimento, poderá também haver respostas específicas de saúde para aquelas pessoas que não podem beneficiar de qualquer tipo de assistência pública. Também para estes tipos de necessidades a Ordem deverá atuar, criando novas estruturas ou encontrando as soluções mais adequadas no âmbito de outras estruturas assistenciais.

Numa situação análoga encontram-se outras pessoas que é costume designar por sem-abrigo, vagabundos, ocupantes abusivos de propriedades

¹⁹ Ver o documento da Ordem intitulado "Assistência e proteção na Hospitalidade – linhas de orientação para as políticas assistenciais e de proteção de crianças, adultos em situação de fragilidade e pessoas idosas nos serviços e centros apostólicos da Ordem", 2010.

alheias, que têm em comum uma pobreza tão radical que não possuem qualquer tipo de habitação estável e se veem obrigadas a viver nas ruas, nos vãos de entradas de prédios das cidades, em salas de espera de estações ferroviárias. Provavelmente, não obstante os séculos que passaram, o cenário de vida desta humanidade sofredora é muito semelhante ao que se apresentava aos olhos de S. João de Deus ou de S. João Grande. Por isso, qualquer tipo de intervenção assistencial em seu favor (material, alojamento, cuidados médicos, etc.) coloca-se numa linha de absoluta continuidade carismática.

Ao lado de tais situações, não se exclui que nos próximos anos a Ordem possa ser interpelada (devendo dar uma resposta rápida) por outras situações que hoje são mais esporádicas ou muito menos sentidas. Pensemos, por exemplo, nas mulheres vítimas de violência, nas pessoas que tentaram cometer suicídio, nas que vivem a solidão da viuvez, nas perturbações do comportamento alimentar (anorexia e bulimia), etc. Uma atenção adequada às necessidades da pessoa que sofre não pode deixar de estar atenta aos «novos sofrimentos» que, com o tempo, podem aparecer e que devem encontrar a Ordem preparada para as assumir, com criatividade e amor.

5.2.8. Programas de humanização e pastoral

5.2.8.1. Programa de humanização

Se é certo que um hospital que não sabe acompanhar a evolução da ciência e da técnica pode ficar marginalizado e, por conseguinte, sem capacidade de intervenção, não é menos verdade que a ciência e a técnica implicam alguns perigos.

A constante evolução, o contínuo aparecimento de novas equipas e técnicas de trabalho, têm inerente o perigo de ir deixando de lado a pessoa humana, tanto a do profissional da saúde como a do doente.

De facto, em muitos processos de trabalho, podem passar de um papel fundamental que estavam a desempenhar para um secundário, ou até mesmo, conforme o tipo de técnicas, irrelevante.

Pensemos, por exemplo, em todos os serviços de diagnóstico, nos processos de informação, etc., onde outrora o profissional era imprescindível para uma correta atuação e onde, atualmente, o seu papel passou a ser secundário ou inexistente.

Toda esta evolução não é neutra. Não fica à margem da sensibilidade da pessoa e esta corre o risco de ser marginalizada. Quando se trata do doente, sujeito passivo de toda esta atuação profissional, com maior razão pode verificar-se esta evolução de isolamento, de segregação, de despotismo tecnológico – tudo pelo doente e para o doente, mas sem o doente.

Por isso, é imprescindível a incorporação de programas de humanização nos Centros. Estamos a referir-nos à incorporação de programas, não de serviços de humanização.

Temos de conseguir que todos os profissionais que tornam possível o serviço assistencial se sintam chamados a prestar serviço à pessoa, ao doente e a sua família. Nisto consistirá a humanização das Obras de S. João de Deus: em conseguir que todos os profissionais trabalhem pelo doente, para o doente e com o doente, aplicando os melhores meios técnicos ao serviço da pessoa atendida.

5.8.2.2. Pastoral da Saúde e Social

O doente ou o necessitado têm a sua saúde debilitada, o que põe em crise a pessoa toda.

Estamos convencidos de que a fé em Jesus Cristo é uma fonte de saúde e de vida. Disto decorre que é possível levar uma pessoa em crise, porque doente, a encontrar-se com a sua dimensão de fé, se existir, para que, desse encontro, surja uma fonte de saúde integral.

Um dos grandes valores da nossa sociedade é a dimensão plural que ela adquiriu. Para trás ficaram os tempos em que se impunham os regimes políticos, se impunham as autoridades, e a fé e a religião também se impunham. Hoje, reconhecemos que a fé é um dom e, como tal, pode ser recebido ou recusado; pode-se por de lado ou pode-se cultivá-lo, para que vá crescendo e amadurecendo.

Nas nossas Obras apostámos numa presença pluralista de profissionais; assim, temos pessoas que receberam o dom da fé e o foram amadurecendo, e outras que o não fizeram. Da mesma forma, às nossas Obras vêm pessoas que receberam o dom da fé e o fizeram crescer e outras não. A todas queremos servir e a todas queremos ajudar. Com todas elas podemos percorrer um caminho que lhes permita recapitular a sua história pessoal, aproveitando esse momento de crise que a perda da saúde supõe.

Partindo da aceitação das limitações e da dependência que a doença ou a marginalização pressupõem, poderemos acompanhá-las a redescobrir a sua história, o seu ser e o sentido da sua vida.

Isto deverá ser feito com especial sensibilidade e respeito, ao ritmo que o doente ou o necessitado for capaz de seguir – ou melhor, ao ritmo que ele for imprimindo a isso. Com aquelas pessoas que sentirem o dom da fé poderemos celebrar de forma explícita este processo; mas sempre em função do grau de crescimento e maturidade que se for alcançando.

Os nossos Centros, da saúde ou sociais, são Obras da Igreja e, por isso, a sua missão consiste em evangelizar partindo do cuidado e da atenção integral aos doentes e aos necessitados, seguindo o estilo de S. João de Deus. Falar de atenção integral implica atender e cuidar da dimensão espiritual da pessoa, como uma realidade essencial, organicamente relacionada com as outras dimensões do ser humano: a biológica, a psicológica e a social.

A dimensão espiritual vai mais além da esfera estritamente religiosa, embora também a inclua. Muitas pessoas encontram em Deus as respostas para as grandes questões da vida, mas outras não, devido ao facto de que o

dado da fé em Deus não é significativo na sua vida e, por isso, procuram as respostas noutras realidades. Deus não tem para todas as pessoas o mesmo significado, nem é o mesmo, nem a sua vivência se faz da mesma maneira.

Devemos aproximar-nos de todos os doentes e necessitados, salvaguardando o respeito e a liberdade, e atender as suas necessidades espirituais, deixando-lhes o protagonismo e dando-lhes o que precisarem na medida das nossas possibilidades.

É bem verdade que a doença, a marginalização e a pobreza são ocasiões propícias para abordar muitas questões sobre o sentido da vida e da presença salvífica de Deus. Por isso, e de formas diferentes, temos de acompanhar e responder, oportunamente, a todas essas situações. Só então tem sentido a nossa preocupação pela pastoral da saúde e da marginalização.

A pastoral é a ação evangelizadora de acompanhar as pessoas que sofrem, oferecendo com a palavra e o testemunho a Boa Nova da salvação, tal como fazia Jesus Cristo, sempre respeitando as crenças e os valores das pessoas.

O ***Serviço de Pastoral*** tem como missão primordial atender as necessidades espirituais dos doentes e necessitados, as suas famílias e os próprios profissionais dos Centros. Isso requer uma estrutura adequada que inclui pessoal, meios e um programa que garanta o cumprimento da sua missão.

A ***Equipa de Pastoral*** é formada por pessoas preparadas e totalmente dedicadas ao trabalho pastoral do Centro, as quais são apoiadas por outras pessoas comprometidas no projeto, seja a tempo parcial seja em regime de trabalho voluntário ou voluntariado. Deve existir um plano de ação pastoral e um programa concreto em função das necessidades do Centro e das pessoas assistidas. Deverá haver linhas mestras de ação pastoral, tanto no seu conteúdo filosófico como teológico e pastoral. A partir dessas linhas deverá ser elaborado um programa de pastoral, procurando sempre responder às verdadeiras necessidades espirituais dos doentes, das suas famílias e dos próprios profissionais. Deverão ser assinalados os seus objetivos, as suas ações e os critérios de avaliação, separando as diferentes áreas ou tipos

de Utentes do Cento, programando para cada área a pastoral concreta e adequada.

A equipa de pastoral deverá cuidar muito bem da sua formação, com o fim de estar atualizada, alimentar-se do ponto de vista profissional e espiritual, para poder servir melhor as pessoas. Uma boa ajuda para a Equipa de Pastoral pode ser dada pelo **Conselho de Pastoral** composto, embora não exclusivamente, por profissionais do Centro, sensíveis à realidade pastoral: a sua função principal será a de refletir e orientar o trabalho da equipa.

5.3. GESTÃO E DIREÇÃO

5.3.1. Gestão

5.3.1.1. *Organização e aplicação de recursos*

O nosso Fundador soube antecipar-se ao modelo de assistência hospitalar que era praticada no tempo em que viveu, e fê-lo a partir de critérios de organização e aplicação de recursos. Como ele, também nós somos hoje chamados a dar um contributo pioneiro à nossa sociedade. Na nossa época, mais do que outrora, a organização e a gestão deverão ser espaços singulares deste contributo.

Este poderia ser um lema para os nossos Centros: sermos capazes de fazer uma correta afetação dos recursos de que dispomos, sabendo aprimorar aqueles aspetos mais específicos da Instituição. Ao nível do Centro, para garantir a viabilidade do mesmo; ao nível dos serviços e sectores, com o objetivo de dar uma assistência integral ao doente e necessitado.

A retribuição e formação dos profissionais, a obtenção dos produtos necessários para o correto funcionamento, a adequação tecnológica e a devida promoção da humanização deverão caminhar de maneira equilibrada; se alguma destas partes se desequilibrar estaremos a criar uma situação de divisão, de rutura, de crise.

A busca da equidade, partindo de uma dimensão local, regional e, sem perder de vista a nossa vocação universal, deverá estar presente na tomada de decisões, ainda que nalguns momentos e circunstâncias isso possa ser difícil.

Uma tarefa primordial dos gestores é a obtenção destes recursos. Por isso, uma parte importante do seu tempo e do seu trabalho deverá ser dedicada a desempenhar esta função. Deverão ser eles a descobrir onde e como estar presentes para defender o trabalho que o Centro desenvolve, ao mesmo tempo que procuram promover a Obra e os seus projetos.

5.3.1.2. Profissionalismo

Porque aspiramos a uma assistência integral e nos sentimos chamados a dar uma resposta vocacional nas nossas Obras, é imprescindível que o nosso profissionalismo esteja fora de questão.

Partindo de uma resposta profissional, coerente com os princípios éticos da profissão e animada pela filosofia da Instituição, poderemos tornar possível a identidade que desejamos para as nossas Obras. A capacidade técnica e humana são as bases imprescindíveis para tornar possível esta resposta profissional.

5.3.1.3. Competência técnica

Do mesmo modo, o Centro deverá velar para que a sua dotação técnica e tecnológica seja adequada ao seu nível assistencial. Só com uma competência técnica adequada poderemos dar o contributo específico que pretendemos.

As contínuas mudanças tecnológicas exigem esforços adicionais para que não fiquemos desatualizados. Os profissionais terão o compromisso de adquirir uma formação técnica suficiente e hão-de trabalhar para a atualizar de acordo com os novos progressos científicos.

5.3.2. Organização

5.3.2.1. *Expressão correta da missão da Obra nos instrumentos organizativos*

A nossa missão em cada um dos Centros é muito rica e plural; por conseguinte, a nossa forma de organização deverá orientar-se para a pluralidade. Nem todos os campos da missão podem ser compatíveis com um único sistema de organização.

Na medida em que a nossa organização estiver impregnada pela filosofia da nossa missão, estaremos a facilitar que todos os Centros e todos os profissionais comunguem dela.

A fórmula já adotada de separar as funções do Superior das responsabilidades do Diretor, demonstrou-se muito apropriada e eficaz e, nestes momentos, é imprescindível na gestão de muitas das nossas Obras. O Superior da Comunidade e o Diretor de um Centro são chamados a trabalhar em equipa, juntamente com os outros membros do órgão de Direção.

É uma função primordial desta equipa de direção trabalhar de forma interdisciplinar e motivar para esta maneira de trabalhar as outras equipas que existirem no Centro.

5.3.2.2. *Defesa da pluralidade*

A diversidade de opiniões e de culturas são um caminho adequado para reconhecer a humanidade plural que somos.

Devemos estabelecer espaços e elementos organizativos que permitam a expressão dessa pluralidade e promover atitudes pessoais que tornem possível a comum união nessa pluralidade.

Os nossos valores e a cultura de cada uma das Obras serão o espaço onde será possível articular esta dimensão de pluralidade.

5.3.2.3. Delegação. Participação. Assunção de funções

Trabalhemos com o objetivo de que cada pessoa possa assumir todas as funções para as quais está habilitada, desde o de menor até ao de maior responsabilidade.

Deixemos espaços que permitam esse assumir de funções e introduzam-se elementos organizativos que facilitem isso.

Velemos para que esta delegação se consolide numa assunção de funções por parte de todos quantos tornam possível o Centro.

5.3.2.4. Descentralização / Centralização

Procedamos de modo que a pessoa que exerce a autoridade tutele as iniciativas e as ansiedades dos Colaboradores.

Devemos pôr em funcionamento programas de trabalho que permitam que os Colaboradores possam ir crescendo na assunção de funções, que com frequência reservamos apenas a instâncias superiores.

Que o profissional possa crescer nas suas competências, que a equipa de trabalho veja aumentado o seu espaço de atuação, que as funções intermédias da autoridade tenham mais capacidade de iniciativa, que o dirigente possa ir crescendo em responsabilidade.

Que a subsidiariedade, um valor muito vinculado à tradição cristã, seja um elemento fundamental no assumir de funções nas nossas Obras.

A Ordem quer favorecer uma adequada descentralização, integrada com uma correta centralização, segundo os princípios e valores que procuramos promover.

5.3.2.5. *Novas fórmulas jurídicas*

O nosso ponto de referência foi sempre o Direito Canónico. Apesar disso, e juntamente com ele, é possível encontrar fórmulas que permitam novos modos de direção, de delegação e de participação.

Tradicionalmente, as nossas Obras enquadraram-se na fórmula jurídica de Centro como propriedade da Ordem Hospitalreira. Os novos tempos em que vivemos, a dimensão que as Obras vão assumindo, o dinamismo, a evolução constante que caracterizam o sector da Saúde e os Serviços Sociais tornam aconselhável que, sob este aspeto, não nos agarremos a fórmulas do passado.

A *Fundação*, a *Associação*, a *Instituição sem fins lucrativos* ou as *Organizações Não-Governamentais* são fórmulas jurídicas que podem tornar-se mais adequadas, conforme as realidades, e porventura revelar-se mais convenientes. Algumas experiências concretas vividas por algumas Obras, assim o demonstram. Será bom estarmos atentos para discernir quais as fórmulas mais apropriadas em cada tempo e lugar.

5.3.2.6. *Trabalho em equipa*

Se quisermos atender a pessoa e as suas necessidades, só o poderemos conseguir de forma conjunta:

- ***Na direção.*** Quando os máximos responsáveis pelo Centro forem capazes de organizar uma equipa de trabalho estarão em condições de poder inspirar e animar as outras partes do Centro para que eles façam o mesmo. A tentação da eficácia personalista é muito grande e o mesmo se pode dizer quanto aos efeitos em cadeia desta tentação.
- ***Ao nível das chefias intermédias.*** Também estas se devem caracterizar por uma linha de trabalho conjunto que lhes permita assumir os problemas dos subordinados, de modo a fazê-los chegar às instâncias superiores. Do mesmo modo, deverão fazer chegar aos subordinados os planos de trabalho da direção.

- ***Nos serviços assistenciais e não assistenciais.*** Quando todos os que atendemos um mesmo doente ou necessitado formos capazes de trabalhar de forma conjunta, nessa altura estaremos a dar-lhe uma resposta integral.

Nos Centros mais complexos não poderemos todos integrar uma mesma equipa, mas poderemos sem dúvida formar parte de uma equipa que se sente chamada a dar uma resposta integral às necessidades do doente, e que seja integradora para todos os que a tornam possível.

5.3.3. Política de pessoal

5.3.3.1. *Critérios gerais*

A Ordem Hospitaleira de S. João de Deus como organização:

- É essencialmente uma obra humana, na medida em que é fruto do esforço humano e se compõe de pessoas, as quais constituem o elemento fundamental da mesma.
- Está consciente de que as suas Obras são empresas com um carácter especial, pois que sendo uma Instituição sem fins lucrativos tem de conjugar os seus objetivos empresariais com a sua responsabilidade social, económica e de instituição eclesial.
- É recetiva às correntes atuais que provêm do mundo da empresa – sociologia, relações humanas, psicologia – tendo-se adaptado aos tempos atuais, introduzindo as necessárias alterações de ordem organizacional, necessidade de administrar as suas Obras com critérios empresariais de eficácia e eficiência, mas sabendo manter uma filosofia, um estilo e uma cultura que lhe são próprios.
- Tem em conta as pessoas que trabalham nas suas Obras e, por isso, propõe-se conseguir uma relação entre organização e trabalhadores que satisfaça as necessidades e os direitos de ambas as partes, estabelecendo mecanismos que facilitem a ação conjunta de todos para alcançar os seus fins e aspirações.

Por tudo isto, torna-se necessário mostrar expressamente uma disposição sincera de esclarecer as relações com os trabalhadores, sempre à luz da legislação em vigor, da Doutrina Social da Igreja e salvaguardando os direitos do doente e do necessitado, que é o fim principal das suas Obras.

5.3.3.2. Relações com os trabalhadores

Tendo em conta que a pessoa é o elemento fundamental de qualquer organização, deve fazer-se de modo que a gestão dos recursos humanos esteja orientada para motivar, atrair, promover e integrar os trabalhadores de forma coerente com as suas necessidades e os fins da Ordem, sempre segundo critérios de justiça social.

A ação diretiva pressupõe um trabalho de gestão de pessoal, pois que sem isso é impossível levar a cabo qualquer Obra ou ação. Em razão disso, a gestão dos recursos humanos exige atualmente quadros diretivos com um nível adequado de competência profissional, juntamente com uma capacidade equilibrada no campo das relações humanas.

Um aspeto que se deve reforçar em todos os Centros da Ordem são os canais de comunicação. Deve estabelecer-se uma comunicação estruturada, desenvolvendo canais adequados para chegar a todos os níveis da organização e a todos os Colaboradores. Devemos pelo menos procurar que haja canais específicos de comunicação e facilitar uma informação verdadeira e inteligível.

Outro ponto importante na Ordem e nas suas Obras deve ser o acolhimento e a inserção de toda a pessoa que nelas começa a trabalhar, assim como o seu acompanhamento nas primeiras etapas do seu trabalho.

5.3.3.3. A ação sindical

O sindicalismo é uma realidade social de âmbito mundial. A Doutrina Social da Igreja, desde há muito anos, tem vindo a reconhecer o direito do trabalhador a formar associações para a defesa dos seus direitos comuns

ou profissionais. Neste sentido a Ordem reconhece e respeita o exercício desse direito.

A Doutrina Social da Igreja assume e apoia esta realidade e considera-a um elemento indispensável na vida social contemporânea, como força construtiva de ordem social e de solidariedade, capaz de conseguir não só que o trabalhador tenha mais, mas seja mais, e que o papel dos sindicatos seja não apenas um instrumento de negociação, mas também um lugar onde se exprime a personalidade dos trabalhadores: os seus serviços constituem o desenvolvimento de uma autêntica cultura do trabalho e ajudam a participar de maneira plenamente humana na vida da empresa.

A aceitação desta realidade deve levar-nos a procurar canais de informação e comunicação entre a direção e os sindicatos com uma atitude honesta e realista, salvaguardando sempre os direitos dos doentes e dos necessitados.

5.3.3.4. Seleção e contratação do pessoal

As pessoas serão selecionadas tendo em conta a sua qualificação técnica e humana, assegurando que as suas motivações, atitudes e comportamento respeitam os princípios da Ordem.

É conveniente que cada Centro tenha algumas normas de ação claras sobre a seleção do pessoal, sendo desejável que o modo como se desenvolve o processo de seleção seja do conhecimento público: posto de trabalho vago, datas, normas, etc.

Deve-se prestar uma atenção especial aos seguintes critérios de contratação:

- **Técnicos:** para que uma pessoa seja aceite para ocupar um determinado posto de trabalho ser-lhe-á exigido que possua uma qualificação profissional certificada nos termos das leis em vigor. Independentemente do diploma, será necessário verificar se o candidato possui uma adequada capacidade e competência profissional para exercer e realizar o trabalho pretendido.

- Perfil humano: devem valorizar-se as qualidades humanas, tais como as aptidões e atitudes para as relações humanas, o equilíbrio emocional, o sentido da responsabilidade e a capacidade para tomar decisões, bem como a vocação para os serviços de saúde ou sociais.
- Perfil ético: é necessário que as pessoas que trabalham nos Centros da Ordem promovam os princípios deontológicos da sua profissão e respeitem e promovam os princípios da Instituição.
- Dimensão religiosa: procurar-se-á fazer com que a atitude das pessoas contribua para que a atenção religiosa no Centro seja fortalecida.

5.3.3.5. Segurança no emprego

Partimos do princípio de que todas as nossas atuações no campo do trabalho devem adaptar-se à legislação em vigor em cada país, sempre que esta não viole os princípios da Ordem.

Não obstante isso, embora o nosso comportamento específico neste campo seja influenciado primeiro e principalmente pelo bem da Instituição das pessoas assistidas, deverão evitar-se situações de instabilidade e desmotivação nas pessoas contratadas, oferecendo-lhes, pelo contrário, aquelas condições de segurança e estabilidade no emprego que são necessárias para um melhor desempenho do trabalho pessoal.

Também é certo que a dinâmica de funcionamento das instituições de saúde e sociais, com um horário de permanente abertura, obriga a uma complexa rede de suplências e substituições que torna difícil garantir uma estabilidade no emprego às pessoas que ocupam estes lugares de maneira transitória. Não será exagerado pedir que, também neste campo, se estudem sistemas que possam pôr limites à instabilidade laboral.

5.3.3.6. Sistema salarial

A justa remuneração do trabalho realizado é um problema fundamental de toda a ética social. Os problemas salariais são a reivindicação de maior insistência por parte dos trabalhadores.

A Doutrina Social da Igreja considera o salário como a verificação concreta, embora não única, da justiça social.

Não é fácil quantificar o salário justo, pois que o mesmo é influenciado por fatores como a situação económica dos países, as expectativas dos diferentes mercados de trabalho – incluindo o mundo da saúde e social –, a situação de cada Centro, as expectativas e as necessidades de cada trabalhador, etc.

Tudo isto nos obriga a remunerar os trabalhadores com os salários possíveis, mesmo tendo consciência de que, por vezes, eles não correspondem à satisfação das suas expectativas. No entanto, para além das remunerações existentes, devemos assumir uma atitude real de compromisso para melhorar tanto as condições económicas como as sociais dos trabalhadores, porque o seu conforto e bem-estar será sempre um fator positivo no bem-estar e no conforto do doente e do necessitado.

5.3.3.7. *Motivação*

A motivação de uma pessoa que trabalha dependerá do grau de satisfação das suas necessidades básicas e da perceção dos atrativos que uma empresa ou organização oferecem para tornar possível o seu desenvolvimento humano e profissional.

A motivação das pessoas é um meio fundamental para alcançar um dos objetivos de qualquer organização – o desenvolvimento humano e profissional dos trabalhadores.

Têm uma incidência fundamental no grau de satisfação e motivação no trabalho **os sistemas de retribuição** (ordenados, incentivos, gratificações, etc.), as **condições de trabalho** (ambiente, segurança, clima, trabalho em equipa, etc.), e os **estímulos individuais** (segurança, estabilidade no emprego, consideração, realização, etc.). Devem ser realizados os esforços necessários para conseguir um nível adequado destes três aspetos fundamentais que abrangem as necessidades do trabalhador.

Como meio de motivação, a Ordem reserva um interesse especial à promoção pessoal. É este o campo específico de intervenção das equipas de direção e de maneira especial da direção dos recursos humanos. Devemos fazer com que as pessoas possam vislumbrar uma perspetiva de futuro a nível profissional e vocacional nos nossos Centros. Para isso deverão ser facilitados os meios necessários: para uns será a formação; noutros casos, será a investigação; noutros ainda, será a docência, etc.

5.3.3.8. Convergência de valores entre todos aqueles que compõem o Centro

Uma das características da nossa sociedade é a pluralidade; é caso para dizer que a época de imposição de uma cultura sobre outra chegou ao fim. Desde há bastante tempo que em muitas das nossas Obras têm sido adotadas formas de gestão, direção e de trabalho assistencial que procuram agrupar e integrar esta realidade multicultural.

É urgente continuar a seguir nesta direção e que todos nos comprometamos neste projeto de unir esforços e culturas; devemos ser capazes de integrar os elementos culturais conjuntos nos nossos Centros. Todo o projeto de convergência implica unificação; os valores nunca se alcançam através de imposições. Provavelmente será necessário definir valores mínimos, irrenunciáveis; mas, a partir daí, devemos trabalhar para alcançar uma cultura com valores específicos, promovidos e assumidos por todos.

Na medida em que os Colaboradores dispuserem de espaços para exprimir as suas ideias, os seus valores, estarão a comprometer-se na consecução de um projeto partilhado. Também é necessário que se possam sentir responsáveis por temas, áreas e espaços em que exercem a sua autoridade delegada.

5.3.3.9. Promover uma cultura de pertença ao Centro, à Província, à Ordem

As atuais investigações nas ciências administrativas descobriram a importância que as instituições têm no desenvolvimento de uma “Cultura organizacional” que seja coerente com a sua missão e os seus valores. Como Instituição, a Ordem Hospitaleira tem vindo a aprofundar esta exigência desde a sua própria fundação.

Talvez no passado tenhamos mantido atitudes paternalistas ou protetoras para com os profissionais, como reflexo inconsciente de uma atitude defensiva daquilo que era nosso, da nossa cultura. Sem perder todos os valores que esta cultura possui, devemos ultrapassar as atitudes de defesa e, para isso, um meio adequado será a articulação de um departamento de recursos humanos profissionalizado, que saiba dirigir e orientar a consecução desta cultura comum.

Um elemento imprescindível deste processo é o respeito e a aplicação da legislação laboral vigente, de maneira especial relativamente à segurança no trabalho e à saúde no mundo do trabalho.

Como elemento dinamizador, temos a defesa dos direitos dos trabalhadores.

A satisfação pessoal, o prazer que deriva de uma tarefa bem realizada, a tranquilidade que se sente ao ver que os objetivos estão a ser alcançados; em suma, a serenidade, a paz interior que inunda a pessoa quando se sente integrada na sua profissão, quando vê o que faz, e ainda a percepção que, dessas forma, está a contribuir para a construção do nosso mundo, para uma saúde de mais qualidade, para serviços sociais que funcionam melhor, são realidades que devem ser reforçados entre nós.

Devemos estar atentos para evitar que se verifiquem entre nós situações laborais que sejam um obstáculo à integração dos profissionais. É certo que, com o passar do tempo, as pessoas tendem a instalar-se e a perder a motivação inicial; por isso, a direção tem a responsabilidade de acompanhar

e animar as pessoas para que esta situação não se verifique; em casos extremos, pode ser necessário tomar medidas neste campo.

Pois bem: uma Obra em que não houver algumas garantias de uma certa estabilidade nunca será um espaço adequado para convidar os Colaboradores a comprometerem-se num projeto conjunto.

A Ordem mantém o apoio e a defesa dos trabalhadores quando existir uma intervenção judicial, exceto nos casos de manifesta negligência profissional. Antes das queixas judiciais, que infelizmente chegam aos nossos Centros, exige-se um princípio de honestidade sobre a prática institucional e um manifesto apoio às pessoas implicadas.

Do mesmo modo, se quisermos conseguir uma cultura própria nas nossas Obras, será necessário ir criando formas específicas de atuação nos momentos difíceis e de tensão, que se podem verificar nas relações de trabalho; mesmo no conflito pode haver uma forma própria de encontrar a solução.

5.3.4. A política económica e financeira

5.3.4.1. Entidade sem fins lucrativos

A instituição sempre se definiu como uma entidade sem fins lucrativos, isto é, não tendo como objetivo a acumulação de riqueza.

Os recursos que se podem obter destinam-se ao próprio Centro para que, em qualquer momento, as suas instalações, os seus equipamentos e os seus métodos de trabalho sejam coerentes e adequados à sua situação territorial e à sua classificação.

5.3.4.2. Carácter de beneficência social

A origem da Instituição está na beneficência, na generosa colaboração de muitas e variadas pessoas para que a Obra cumpra a sua missão. Bom será

que promovamos esta dimensão de caridade para darmos continuidade à inspiração original da Instituição.

Chegou o momento de conferir uma dimensão mais universal à nossa solidariedade. No mundo atual as desigualdades vão-se acentuando e as diferenças são cada vez maiores. A dimensão de beneficência social das nossas Obras poderia encontrar um espaço atual na colaboração entre Centros, ou entre países, no campo da saúde ou das necessidades sociais.

5.3.4.3. Equilíbrio financeiro

A arte da gestão é a arte de atribuir recursos a diferentes necessidades. No caso dos Centros, é a atribuição de recursos aos diferentes sectores que torna possível o serviço.

Será necessário decidir sobre a atribuição de fundos a cada uma das partes, garantindo, no entanto, a viabilidade do Centro ou, o que é o mesmo, o seu equilíbrio financeiro.

Se, por incorreta afetação de recursos, colocarmos o Centro numa situação de inviabilidade económica, estaremos a pôr em perigo o futuro do mesmo e de todas as pessoas que dele fazem parte.

5.3.4.4. Transparência na gestão

Se o conjunto de valores que pretendemos promover nas nossas Obras e que dão sentido à nossa missão forem postos em prática, não haverá inconveniente em que os profissionais do Centro, os Utentes, a sociedade e a Administração Pública possam conhecer a realidade dos nossos Centros.

A razão disto encontra-se exatamente na transparência da nossa gestão: se os princípios forem claros e se os pretendemos pôr em prática, mais uma razão para os dar a conhecer.

A quantificação numérica do Centro – atividade, receitas, despesas, resultados, investimentos, disponibilidades financeiras – são apenas uma parte de toda a sua realidade e, por conseguinte, também podem ser conhecidos.

Um modo adequado para dar a conhecer a realidade dos nossos Centros, favorecer a transparência e estimular a coresponsabilidade, pode ser a elaboração do relatório anual de atividades de cada Obra.

5.3.5. Responsabilidade social

5.3.5.1. *Serviço à sociedade como elemento justificativo das Obras*

Qualquer Instituição, qualquer Obra, corre o risco de se fechar em si mesma e entrar numa dinâmica de justificação da sua existência à margem da realidade.

Não é raro encontrar instituições que, neste isolamento, acabam por projetar uma Obra que já não é necessária ou que ninguém procura. Não deverá acontecer assim connosco, porque a razão de ser das nossas Obras está no serviço que prestam e, por conseguinte, elas hão-de estar abertas à mudança e à evolução, para estarem atualizadas no seu serviço.

Nesta linha, as Constituições especificam que nos devemos sentir administradores dos bens e não seus proprietários, com a missão específica de procurar uma correta utilização dos recursos nas Obras.

5.3.5.2. *Respeito e aplicação da legislação*

No nosso esforço para darmos um contributo específico à sociedade, é imprescindível que o respeito e a aplicação da legislação estejam garantidos.

Se entendermos a lei como o mínimo denominador comum que regula quantos formamos a sociedade, somos obrigados a cumpri-la escrupulosamente. Mais ainda, na medida das nossas possibilidades, temos de superar

este mínimo denominador comum e procurar promover os nossos próprios critérios para além do que a lei propõe.

Uma situação especial pode verificar-se no caso de a lei poder ser contrária à identidade e aos valores que a Instituição promove; neste caso, amparando-nos no pluralismo que queremos promover na nossa sociedade, recorreremos à nossa objeção de consciência quanto à aplicação da lei na nossa Obra.

5.3.5.3. Compromisso de justiça social na distribuição das riquezas

Não é fácil na nova sociedade garantir uma distribuição equitativa dos recursos. Os grupos de pressão, por um lado, e as grandes desigualdades, por outro, podem inclinar a balança de forma pouco equitativa.

Será necessário fazer um esforço de gestão e de educação segundo os valores para que nem sempre se imponha a lei do mais forte. Há que considerar as particularidades e ter em conta as diferentes realidades, mas respeitando sempre o princípio de uma distribuição justa dos recursos.

De maneira especial devemos estar atentos à dimensão universal da nossa vida e das nossas Obras. Temos de admitir que há graves injustiças na distribuição mundial dos recursos; não nos tornemos também nós participantes desta distribuição injusta. Procuremos trabalhar por uma ação solidária, partindo de uma missão que é universal e de uma visão global dos problemas.

Este deve ser um espaço para aplicar a Doutrina Social da Igreja e, na medida em que a pudermos desenvolver, a promovermos, estaremos a contribuir para que, de uma maneira prática, a Doutrina social se difunda como um compêndio de valores cristãos na nossa sociedade.

5.3.5.4. Função de denúncia nas situações que o exigirem

Levemos a nossa reflexão e a nossa denúncia àquelas situações que virmos de forma clara que são injustas ou erradas.

Não nos limitemos à reclamação: além de assinalar a injustiça ou o erro, apresentemos sugestões e orientações.

Se formos capazes de dar soluções concretas e, além disso, se conseguirmos levá-las à prática, a nossa função de denúncia terá alcançado a sua máxima expressão.

5.3.6. Presença da sociedade no Centro

5.3.6.1. *Os Utentes. As Associações de Utentes e de Familiares*

Tradicionalmente temos designado o Utente dos serviços de saúde e social como **doente**, mas chegou o momento em que ele deseja desempenhar um papel ativo e bom será que assuma este papel.

Dois tipos de associações de Utentes se apresentam nos nossos dias:

- As associações genéricas de Utentes, com um conteúdo reivindicativo importante e frequentemente com uma certa predisposição para recorrer às autoridades legais.
- As associações específicas, que surgem ligadas a uma determinada doença, tanto manifestações crónicas, como processos muito graves.

Ambas devem ter lugar nos nossos Centros.

Quanto às primeiras, é muito provável que se revelem com a apresentação de alguma queixa ou reclamação; a nós compete garantir-lhes espaço de expressão no qual possam sentir-se interlocutores sociais válidos para que, de forma constante, possam colaborar com a nossa maneira de trabalhar e nós possamos torná-los partícipes do trabalho que estamos a realizar.

Relativamente às segundas, deverão encontrar nos Centros um apoio privilegiado, de maneira especial no início da sua atividade. Na nossa dinâmica social, somente através de agrupamentos de pessoas será possível alcançar determinadas metas e, por vezes, é difícil constituir esses grupos.

O Centro pode sempre funcionar como plataforma para superar essas dificuldades iniciais.

Em ambos os casos, o diálogo e uma postura aberta permitem que as partes – a Instituição e as Associações – sejam conhecedoras da situação que se vive, das possibilidades, das limitações e, inclusive, dos erros.

Infelizmente, não conseguiremos evitar a dinâmica da queixa e da reclamação legal – em muitos casos com fins lucrativos. Podemos, no entanto, desenvolver formas diferentes de relacionamento que tenham por base a confiança mútua.

A organização de serviços de atenção ao Utente, através de diferentes formas, para que ele possa exprimir a sua opinião, é um meio muito adequado para orientar a presença do cidadão nas nossas Obras.

5.3.6.2. Os trabalhadores

Os trabalhadores têm órgãos de representação que estão ao abrigo da lei e é a partir deles que se deverá articular a relação laboral Colaboradores-Instituição.

Assim, na medida em que consideramos que a Instituição é uma realidade construída e comparticipada por todos, bom será que se articulem modos, formas e estilos de ligação à Ordem que, sem esquecer quanto acima foi referido, deem lugar a este novo projeto que queremos levar a cabo em cada Obra de S. João de Deus.

A vinculação estará para alguns no ponto de referência à relação laboral, de forma exclusiva. Estes encontrarão o meio para essa vinculação, no quadro da referência legislativa.

Outros sentir-se-ão motivados por uma resposta vocacional, que ultrapassa a resposta profissional. Será bom que se estabeleçam vias formais e informais para que possam fazer crescer o seu compromisso solidário com o doente e o necessitado.

Por último, alguns verão a sua presença na Obra como expressão do seu compromisso de fé. Também estes deverão dispor do seu espaço para poderem manifestar em grupo aquilo que os motiva na sua vida de serviço ao doente e ao necessitado e para estarem presentes numa Obra de S. João de Deus.

Com exceção do primeiro caso, que será determinado pelas normas legais, as outras situações serão uma realidade a construir em cada Centro, pois será a forma mais apropriada para manifestar a ligação que torna possíveis as Obras de S. João de Deus.

5.3.6.3. Os benfeitores

Foram os benfeitores que tornaram possível ao nosso Fundador levar para a frente a sua obra. Eles foram capazes de ser uma retaguarda de apoio para um sem número de compromissos que João de Deus ia assumindo no seu serviço aos doentes e aos necessitados.

Ao longo dos séculos, eles continuaram a apoiar a nossa obra, em alguns países mais do que noutros, mas até à articulação do Estado Social, a maioria das nossas Obras viveu de doações generosas de pessoas que depositaram a sua confiança na Ordem Hospitaleira e no serviço que ela prestava à pessoa que sofre.

Hoje, a maioria dos Centros não está dependente das ofertas dos benfeitores, como acontecia no passado. No entanto, estas continuam a ser fundamentais no que se refere à solidariedade e à caridade. O fundamento persiste e é o de um ser humano que decide ser solidário com outro ser humano e faz isso através da Ordem Hospitaleira.

A forma poderá mudar: de facto, já mudou e continuará a mudar; cabe a nós, porém, a responsabilidade de tornar efetiva esta solidariedade da maneira mais justa que pudermos e, se possível, aumentá-la.

Chegou o momento de, tendo em vista uma maior eficácia da solidariedade, lhe darmos um carácter mais coletivo, que nos permita ajudar mais onde for mais necessário. Este é um tema aberto à reflexão, ao debate e à criatividade na busca de novas formas de obtenção de fundos e de novas formas de tornar mais eficaz a ação solidária.

Trata-se de um tema muito arraigado na cultura de muitas Obras, e inclusive Províncias, e deverá ser um compromisso de todos fazer com que se continue a promovê-lo. Provavelmente, os novos meios de comunicação serão um instrumento a ter em consideração para este trabalho, sobretudo com o objetivo de fortalecer os elos de ligação destas pessoas à Obra.

5.3.6.4. Os voluntários

A Ordem soube sempre mover-se no mundo da colaboração altruísta, nalguns casos como expressão de solidariedade e, noutros, como expressão de caridade cristã.

O nosso Fundador pôde levar por diante a sua obra, graças à generosa colaboração de muitas pessoas; umas, através do seu apoio económico (benfeitores); outras, mediante o seu trabalho gratuito e o seu esforço voluntário.

A Ordem soube dar uma resposta aos novos movimentos do voluntariado; concretamente, nalguns países foi mesmo pioneira na incorporação de voluntários nos Centros. Apesar disso, deveremos continuamente fazer esforços para nos adaptarmos e atualizarmos, para não ficarmos parados em ideias e estruturas do passado.

Cada Centro é diferente e deveria promover a sua criatividade e originalidade no seu voluntariado. A diversidade, neste caso, seria uma manifestação de enriquecimento.

O processo de orientação e seleção dos candidatos, o perfil do voluntário, a sua missão no Centro, o tempo de dedicação, a formação de que necessita, etc., são temas a definir na Ordem e em cada Centro.

De igual modo, talvez tenha chegado o momento de as Associações de Voluntários e os seus membros terem a possibilidade de canalizar as suas perceções até aos órgãos de governo do Centro. Eles podem captar uma realidade diferente da que nós nos apercebemos em relação ao Centro; bom seria que se pudesse conhecer a visão que eles têm, através de um meio apropriado.

5.3.6.5. A Igreja local

Somos uma Instituição isenta do Ordinário do lugar; este é um ponto de partida que deveremos ter em conta, mas também é verdade que se a Ordem quiser dar um contributo significativo no próximo século, terá de o fazer um trabalho coordenado e conjunto com a Igreja.

Dado que a Igreja é o povo de Deus, e todos somos chamados a formar este povo, teremos que refletir sobre a maneira como tornamos possível esta ação de povo de Deus. O lugar onde mais facilmente se pode fazer esta articulação será a partir da diocese e da comunidade paroquial.

Talvez ainda falte muito para que possamos cooperar no mesmo projeto pastores, religiosos e leigos.

Não se trata de renunciar à própria identidade, nem a projetos pastorais; cada um, no seu lugar, deverá trabalhar para construir um projeto pastoral de conjunto; caso contrário, ou não será de conjunto, ou não será projeto.

5.3.6.6. A Administração Pública

As nossas Obras têm uma orientação pública na sua atividade e, em muitos lugares, conseguiu-se que elas ficassem integradas nas estruturas públicas de saúde ou de serviços sociais.

Esta situação implica que mantenhamos um nível de relações com a Administração Pública tão flexível que nos permita estar informados sobre a realidade do presente, os projetos e planos para o futuro, e podermos informar sobre a nossa situação e a nossa projeção.

É necessário continuar a desenvolver esta linha de relações e de ligação com a Administração Pública que, da nossa parte, se baseará na honestidade, clareza e transparência. Honestidade como expressão de coerência com os princípios que defendemos; clareza no nosso posicionamento e nas nossas pretensões; por fim, transparência nos nossos critérios no momento de aplicar os recursos que recebemos.

Em tudo o que se refere às relações institucionais, a Ordem deve refletir sobre o papel que lhe compete desempenhar. Existem dois perigos extremos: por um lado, ficarmos apegados a estas relações e, pela sua dinâmica, deixar que, com o tempo, se dilua a essência da nossa identidade; por outro lado, afastarmo-nos delas e deixar que sejam o Centro e o seu projeto assistencial que se vão diluindo na desconexão com a realidade.

Uma coisa é evidente: assumir esta função de relações institucionais exige uma formação profissional, humana e religiosa suficientemente ampla, pois, caso contrário, a nossa presença será contraproducente. Uma vez mais se torna evidente que, se quisermos ter algo a dizer, devemos dizê-lo com uma linguagem adequada à da nossa sociedade.

5.3.7. Avaliação

Para sermos fiéis à missão, para que a mesma se vá atualizando e recriando, é imprescindível que, de forma periódica, vejamos em que medida estamos a pôr em prática os nossos planos de ação.

Devemos ver como estamos a aplicar na gestão, na direção e na assistência, os princípios filosóficos da Ordem e os seus critérios gerais.

5.3.7.1. Atenção aos sinais dos tempos

A nossa sociedade é uma realidade muito dinâmica. A ciência está em constante evolução e todos os dias aparecem novos métodos de trabalho, novas técnicas profissionais e novos equipamentos técnicos.

Uma mensagem, um princípio filosófico, é atual na medida em que se transmite através de meios, métodos e técnicas atualizadas; de outra forma, a nossa proposta pode reduzir-se a um discurso inútil.

Neste processo, será necessário avaliar a idoneidade dos meios que a sociedade nos proporciona, pois pode acontecer que, ao tentarmos alcançar uma maior eficácia, nos sirvamos de instrumentos contrários à filosofia da Instituição.

5.3.7.2. Resposta às necessidades do homem e da sociedade

Nesta avaliação constante da sociedade, as pessoas também estão a mudar, e não somos capazes de distinguir se é a mudança da sociedade que arrasta as pessoas para a mudança, ou se é a mudança das pessoas que provoca a mudança na sociedade.

O certo é que nesta mudança conjunta da sociedade e do homem, vão surgindo:

- Novas doenças, que é necessário curar;
- Novas manifestações na maneira como as pessoas adoecem, que exigem de nós novos métodos de prestar assistência;
- Novos problemas familiares: temos de saber ajudar, apoiar, iluminar, acompanhar;
- Novos necessitados que exigem criatividade e solidariedade da nossa parte, se quisermos dar-lhes respostas coerentes;
- Novas formas de isolamento, que nos interpelam para encontrar novas formas de resposta solidária a nível institucional.

Responder às necessidades das pessoas, com meios e formas atuais, mantendo o estilo e os valores da Ordem, é ser fiéis à Nova Hospitalidade, como síntese do nosso projeto apostólico.

Para a reflexão:

1. Identifica os sucessos e as dificuldades «*na aplicação a situações concretas*», no confronto com a realidade dos Centros e das nossas Comunidades, nos âmbitos seguintes:
 - Assistência integral e direitos do doente
 - Problemas específicos da nossa ação assistencial
 - Gestão e direção.
2. Define quais as prioridades para a Ordem, a partir do diagnóstico anterior, nos âmbitos seguintes:
 - Assistência integral e direitos do doente
 - Problemas específicos da nossa ação assistencial
 - Gestão e direção.

**FORMAÇÃO, DOCÊNCIA
E INVESTIGAÇÃO**

6.



6.1. FORMAÇÃO

6.1.1. Formação técnica, humana e carismática

Além de quanto se disse noutros capítulos do presente documento, queremos evidenciar aqui alguns aspetos específicos da responsabilidade na formação atualizada dos membros da Ordem e dos seus Colaboradores. Não vamos insistir na necessidade da formação humana, no sentido de orientar para o estímulo do autoconhecimento e do aprofundamento de tudo quanto se relaciona com a pessoa e a sociedade, imprescindível para podermos ser agentes de humanização nas Obras da Ordem.

Algumas características do nosso tempo são determinadas pela velocidade do progresso das ciências, em geral, e da biomedicina em particular: a velocidade e facilidade das comunicações; a globalização dos problemas, a mentalidade técnico-científica na focalização da realidade e conceção do homem – reducionismo científico; os fundamentalismos religiosos – reducionismo espiritualista; a constatação de que o único critério ético que podemos considerar como globalmente partilhado, pelo menos no plano teórico, é o do respeito pela dignidade da pessoa, o que implica que ela não seja instrumentalizada como meio para um fim, por mais elevado que este seja, ou possa parecer. Este facto, que não é novo, adquire uma faceta de importância particular nas relações dos profissionais da saúde com a pessoa doente.

De facto, temos vindo a assistir, desde os anos setenta, à mais profunda transformação da relação médico-doente que se produziu nos últimos séculos. O fulcro desta transformação foi a tomada de consciência de que o doente capaz deve ser reconhecido como agente moral autónomo nas decisões que afetam a saúde. Informar corretamente o doente passa para primeiro plano. O papel do médico na assistência perdeu também, pelo menos no mundo ocidental, o seu papel único e preponderante. Hoje temos de falar de relação entre a equipa multidisciplinar, o doente e o ambiente social que o rodeia. No que respeita ao progresso humano, o carácter ambíguo de certas tecnologias, cuja aplicação mais correta não impede a

manifestação de tremendos conflitos entre valores vitais e valores espirituais, a importância cada vez maior dos enfermeiros na prestação de cuidados, e dos técnicos de laboratório nos processos de diagnóstico, exigem uma formação mais rigorosa do que no passado. O nível de assistência integral quer nos hospitais, quer nos serviços de cuidados primários ou nos demais serviços de saúde ou sociais, depende notavelmente do grau de formação dos trabalhadores do mundo da saúde.

A formação técnica e profissional, por um lado e, por outro, a formação humanista e ética devem caminhar em paralelo ao longo da formação contínua que exigirá por vezes que o fiel da balança se incline para o primeiro aspeto e, outras vezes, terá que enfatizar o segundo, numa atualização de conhecimentos que tornem possível a correta assistência integral, segundo os critérios atuais.

Cada Centro deve empenhar-se em promover programas de formação a todos os níveis, prevendo para os mesmos as adequadas dotações orçamentais.

Enquanto a atualização dos conhecimentos científicos não requererá, em geral, um esforço excessivo de motivação, já parece necessário um esforço suplementar de motivação para a formação na filosofia e nos critérios carismáticos da Ordem Hospitaleira. Esta formação deve ser entendida como uma excelente ocasião para fomentar o sentido de pertença e como um instrumento para atualizar os valores que determinam a cultura e a identidade da Ordem, a qual deve ser promovida pela direção dos Centros e plenamente integrada no plano de formação do Centro.

É importante que, na medida do possível, alguém possa estar a par dos programas e das experiências realizadas numa ou outra região do globo, para ver a possibilidade de as adaptar ao próprio lugar e Centro. Dado que são raros os formadores que conseguem compreender os problemas do mundo da saúde e, ao mesmo tempo, possuir um domínio pedagógico nos âmbitos do pensamento contemporâneo filosófico, teológico, pastoral e espiritual, deverão ser feitos esforços para constituir equipas e reforçar

as qualidades de várias pessoas que trabalham num programa comum. Esse programa deverá ser realista, eficaz e eficiente. As Comissões de Ética hospitalares podem perfeitamente desempenhar esta função.

Neste tempo em que a Igreja vive com particular intensidade a necessidade do «*diálogo inter-religioso*», para que, na sequência do Concílio Vaticano II, se «reconheçam, conservem e promovam os valores espirituais e morais existentes noutras religiões, assim como os valores socioculturais em ordem a colaborar na busca de um mundo de paz, liberdade, justiça e dos valores morais»¹, torna-se imprescindível que, além da pertinente formação profissional e técnica, se procure a mais sólida formação no âmbito do carisma da Ordem, na filosofia e na teologia, especialmente centrada na pessoa e no mistério de Cristo Jesus.

As grandes correntes do pensamento filosófico² e teológico deverão constituir os pilares fundamentais da formação, na qual o carisma da Ordem e o seu conhecimento profundo deverão inspirar as atitudes e os comportamentos a favor dos pobres e dos necessitados.

Desta forma estaremos em condições de entabular em quatro frentes o diálogo necessário num mundo caracterizado pelo pluralismo religioso³:

- Diálogo da vida, no qual as pessoas se esforçam por viver num espírito de abertura e de boa vizinhança, partilhando as suas alegrias e sofrimentos, os seus problemas e as preocupações humanas;
- Diálogo da ação, no qual os cristãos e as outras pessoas colaboram tendo em vista o desenvolvimento integral e a liberdade das pessoas;
- Diálogo da experiência religiosa, no qual as pessoas, enraizadas nas suas próprias tradições religiosas, partilham as suas riquezas espirituais, por exemplo, no que se refere à oração e à contemplação, à fé e aos caminhos da procura de Deus e do Absoluto;

¹ CONCÍLIO VATICANO II, Declaração Nostra Aetate, 2 ss.

² Cfr. JOÃO PAULO II, Encíclica Fé e Razão, 1999, Capítulo I.

³ PONTIFÍCIO CONSELHO PARA O DIÁLOGO INTER-RELIGIOSO e CONGREGAÇÃO PARA A EVANGELIZAÇÃO DOS POVOS: Diálogo e Anúncio, BCDR (1991), 210-250.

- Diálogo do intercâmbio teológico, no qual os peritos procuram compreender mais profundamente as suas respectivas heranças religiosas e apreciam os seus respetivos valores espirituais.

6.1.2. As Comissões de Ética como instrumento de formação

Embora este tema já tenha sido abordado no Capítulo V deste documento, vamos retomá-lo aqui na perspectiva de investigação e formação próprias destas Comissões.

No campo da clínica, a palavra bioética esteve ligada ao conceito de diálogo interdisciplinar, como metodologia de trabalho e, desde 1978, ligou-se aos princípios comuns da bioética contemporânea: autonomia, beneficência/não maleficência e justiça. Estes princípios, partindo do modelo antropológico do personalismo de inspiração cristã, são a tradução do princípio do respeito pela dignidade da pessoa, do serviço ao bem do doente integralmente considerado e da solidariedade.

A necessidade de assegurar a proteção dos sujeitos humanos que participam num ensaio ou investigação clínicos, e a relevância e correção científica do protocolo de investigação, deram origem à institucionalização de comissões competentes para desempenhar tais tarefas. São as Comissões de Ética de Investigação Clínica e as Comissões de Bioética. Os nomes equivalentes na literatura anglo-saxónica são: Institutional Review Boards e Institutional Ethics Committees. Estes últimos também são designados por Clinical Ethics Committees.

As **Comissões de Ética de Investigação Clínica** apresentam estruturas, funcionamento e reconhecimento legal diferentes, segundo os países. No entanto, todos eles hão-de respeitar e velar pelo cumprimento das denominadas Normas de Boa Prática Clínica. As decisões destas Comissões são legalmente vinculativas. Os membros da Comissão de Ética de Investigação Clínica devem estar qualificados para rever projetos de investigação, verificando em primeiro lugar se existem dados científicos suficientes, bem como ensaios farmacológicos e toxicológicos sobre animais que garantam que

os riscos que poderão advir para as pessoas na pesquisa em questão sejam admissíveis, e ainda que as pessoas tenham sido devidamente informadas e participem livremente no ensaio. Há ainda outros aspetos a considerar que são: ponderar se o problema que se pretende investigar é importante ou banal; se o plano experimental proposto é adequado aos objetivos previstos; se existe um seguro que cubra os eventuais danos e prejuízos que, como consequência do ensaio clínico, possam advir à pessoa em que aquele tiver de realizar-se.

Não há dúvida de que a participação nestas Comissões tem um valor pedagógico e enriquecedor. De qualquer modo, onde o diálogo bioético nos hospitais adquire uma importante função pedagógica é na discussão de casos concretos nas Comissões de Ética assistencial. Tais Comissões são em si mesmas formativas, pela sua composição interdisciplinar, pela metodologia de informação-formação, pelo respeito recíproco, pela importância dos casos a discutir, pela necessidade de encontrar soluções para os conflitos de valores que se apresentam, e pela necessidade de regulamentar, de alguma forma, a atuação em casos semelhantes.

A função docente é muito importante. Em primeiro lugar, é o «locus» de formação dos próprios membros da Comissão. Depois, mas sempre importante, é a programação da docência da bioética na Província, nos Centros e a sua implementação. O diálogo interdisciplinar é necessário como metodologia de trabalho. Geralmente, a tomada de decisões deverá verificar-se mediante consenso ético e não meramente estratégico. Os consultores de casos concretos – médicos, enfermeiros, psicólogos... – deverão ser membros *ad hoc* nas deliberações da Comissão, para que as decisões tenham força vinculativa moral. A composição dos membros da Comissão pode variar segundo o tipo de hospital ou Centro residencial, de saúde ou social.

Em última análise, as Comissões de Ética assistencial representam uma coisa tão antiga como a nova consulta colegial e algo tão relativamente recente como o reconhecimento da equipa de saúde e da medicina orientada para o doente, considerado como agente moral autónomo que não perde os

seus direitos pelo facto de estar internado num hospital. As Comissões que funcionam corretamente podem ser instrumentos eficazes para definir a «lex artis» do hospital, com as respetivas implicações jurídicas.

A Comissão deverá estabelecer qual é o sistema de valores de referência em caso de conflito: inspiração cristã, direitos humanos, códigos deontológicos profissionais, de âmbito nacional ou internacional, etc. A Comissão de Ética assistencial deverá passar no teste de coerência das suas decisões.

É imprescindível assegurar a funcionalidade da Comissão através das diversas medidas entre as quais assume um relevo particular a Comissão para a resolução de casos urgentes.

Chegados a este ponto, desejaríamos esclarecer alguns aspetos. Julgamos ser importante, em primeiro lugar, analisar os pré-requisitos necessários para abordar corretamente a decisão ética: a) o relatório clínico correto; b) a competência profissional para a discussão científica do caso clínico; c) o controlo de qualidade.

Depois de se ter definido o problema clínico e as alternativas possíveis de tratamento, passa-se a considerar as dimensões éticas referentes a problemas relacionados com a qualidade de vida, sob a perspetiva profissional e sob a perspetiva do doente e da sua família, cujos sistemas de valores deverão ser respeitados. Os fatores não clínicos, especialmente os económico-sociais, deverão merecer uma atenção especial numa medicina que se preze de ser integral.

O consentimento por parte de terceiros, por incapacidade do doente, apresenta problemas muito difíceis de resolver em neonatologia, psiquiatria, doentes em coma, deficientes mentais, etc. Nestes casos, em que frequentemente se verificam situações-limite, revela-se em pleno a utilidade da existência da Comissão de Ética assistencial ao serviço de uma medicina de qualidade científico-técnica e humana.

A formação para a resolução de conflitos na investigação e na clínica requer como elementos fundamentais: 1) a capacidade e competência profissional para compreender o problema apresentado na perspectiva em que a pessoa trabalha; 2) que se tenha refletido sobre a própria atitude ética e um mínimo de fundamentação racional da mesma. Aqui é necessário distinguir o facto em si mesmo (atitude coerente na vida entre o ser e o agir), e a possibilidade de conceptualização. Esta deve basear-se num programa de formação antropológica e ética, filosófica e/ou teológica; 3) a metodologia para a resolução de conflitos num clima de diálogo que não exclui a confrontação.

Referimo-nos aqui apenas a este último aspeto. Não há dúvida de que os chamados princípios bioéticos, antes enunciados, são instrumentos pedagógicos que se revelam úteis nos diálogos das Comissões de Ética assistencial. A resolução de problemas pode focalizar-se partindo da discussão de princípios que entram em conflito entre si e a sua hierarquia num caso concreto (por exemplo, prioridade do princípio de autonomia ou do princípio de benefício/ajuda), ou então da análise casuística. Consideramos que este é o mais adequado na discussão de casos clínicos.

6.2. A DOCÊNCIA

6.2.1. A docência, uma constante na Ordem

A docência na Ordem começa com o próprio Fundador, S. João de Deus, que, *antes de ensinar se deixou ensinar*: aconteceu em Guadalupe, definida no ditado que se conhece desde finais do séc. XV, em toda a Espanha: nem que tivesses andado toda a tua vida a praticar anatomia em Guadalupe...

«Guadalupe dá-lhe uma visão ao mesmo tempo científica e caritativa; com o apoio da «Escola» de Medicina, cuja qualidade os mais recentes historiadores consideram digna de grande louvor... Viu equipamentos desconhecidos em

qualquer outro hospital espanhol e participou nas aulas teóricas e práticas dadas aos principiantes»⁴.

O primeiro seguidor de S. João de Deus, Antão Martim, teve uma sensibilidade especial para a docência. Na Madrid dos Áustria, por volta de 1553, tem a ideia de criar uma «*Escola de Cirurgiões menores*» para o seu hospital do «*Amor de Deus*». Levá-la-ia à prática o seu sucessor, Pedro Delgado⁵.

«Esta Escola de Cirurgia obteve um grande êxito e cedo acorreram a ela, pedindo para fazer experiência nas suas clínicas e receber ensinamentos...., *pessoas que desejavam capacitar-se* para serem examinadas perante o Tribunal de Protomédicos, como cirurgiões. O Hospital da Praça de Antão Martim foi portanto o primeiro em Madrid que teve condições de docência e onde foram implantadas especialidades médicas»⁶.

À medida que a Ordem começa a expandir-se, primeiro pela Espanha e, logo depois, pela Europa e pela América Latina, até chegar aos cinco continentes, não abandonou a sua vocação para a pedagogia hospitaleira. É verdade que o seu ensino foi predominantemente *verbal, mais do que por escrito*, com uma linguagem evidentemente prática, acessível a todos. Elaborou, também, importantes *manuals* de várias especialidades.

A Ordem plasmou esta preocupação docente em diversas Escolas com vários níveis de formação que continua a fomentar e a implantar.

6.2.2. A docência, um imperativo atual

Em 1956 a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o hospital, entre outras coisas, como um «*centro de formação de pessoal médico sanitário e de investigação*».

⁴ JAVIERRE, José Maria, Juan de Dios, loco en Granada, Sigueme, Salamanca, 1996.

⁵ PLUMED MORENO, Calixto, Jornadas Internacionales de Enfermería de San Juan de Dios, 1999.

⁶ ALVAREZ SIERRA, José, Antón Martin y el Madrid de los Áustrias, 1961.

A partir dessa data, todos os países, na sua legislação para a saúde contemplam a docência como um imperativo: não existe um modelo assistencial que não lhe dedique um amplo espaço. Ensinar o que se faz no dia-a-dia e transmiti-lo à comunidade – através de qualquer um dos mais diversos meios de que dispomos – é uma tarefa semelhante a curar, prevenir ou investigar.

A docência transforma-se todos os dias em garantia de qualidade na estrutura assistencial. Vai até ao ponto de que se não mostrarmos à sociedade o que fazemos sob a forma de ensino, não existirmos com a vitalidade que os outros exigem. Daí decorre o compromisso de contemplar nos orçamentos anuais dos Centros uma verba para a docência, e a vontade de fazer acordos com Entidades públicas e/ou particulares numa abertura a uma **«vocação docente»** que se mantém desde as origens da Instituição.

Numa dimensão de futuro, a docência é uma responsabilidade de todo o Centro. É uma credencial que justifica a nossa capacidade de estarmos presentes na sociedade. É um elemento básico da qualidade assistencial que exige esforço. É um compromisso de ensinar a todos a pensar e a fazer as coisas de uma maneira nova, para o bem da pessoa que sofre.

6.3 A INVESTIGAÇÃO

6.3.1. A Comunicação na perspetiva da Ordem

A atividade assistencial, técnica e científica da Ordem Hospitalreira produziu ao longo destes cinco séculos variadas e preciosas contribuições em benefício da saúde e da vida. O próprio S. João de Deus iniciou a sua «aventura hospitalreira» ao ir formar-se a Baeza e Guadalupe, aconselhado pelo Mestre João de Ávila. Como alguns sustentam, o padre mestre, de reconhecida curiosidade científica, conhecia muito bem a categoria dos hospitais dirigidos pelos frades Jerónimos, em Guadalupe, e mandou para lá João de Deus como peregrino e aprendiz hospitalar, para que visse como

funcionava um hospital⁷. Depois de regressar a Granada, pôs em prática o seu projeto de serviço aos doentes. Pelo contributo que deu à assistência, organizando dois hospitais, segundo métodos avançados para a época, a história reconhece-lhe o título de Fundador do hospital moderno.

Durante o processo de expansão do dinâmico legado de S. João de Deus através do tempo e do espaço, Irmãos e Colaboradores hospitalares foram aperfeiçoando os seus métodos, acumulando experiência e aumentando os seus conhecimentos. «Pode dizer-se, em termos gerais, que a evolução da Ordem refletiu a evolução da psiquiatria e da neurologia»⁸.

Foram os Irmãos Hospitalares que fundaram o primeiro hospital para epilépticos em toda a Europa⁹. Igualmente, partindo dos primeiros hospitais, completavam o seu trabalho de cura com atividades formativas: desde o séc. XVI que há notícia das primeiras escolas para cirurgiões fundadas em hospitais da Ordem¹⁰. Tudo isto, para além de outras escolas, de química, de farmácia, de medicina e de enfermagem, algumas das quais foram criadas em épocas mais recentes e ainda continuam a funcionar.

Por outro lado, houve Irmãos muito conhecidos e outros menos que foram médicos, cirurgiões, dentistas, enfermeiros, alguns deles verdadeiros exemplos da relação entre carisma da hospitalidade e espírito científico e investigador¹¹.

⁷ JAVIERRE, Ibidem, p. 413.

⁸ RUMBAUD, Ruben D., *John of God: his place in the history of Psychiatry and Medicine*, 1978, edição bilingue (Inglês/Espanhol). p. 115.

⁹ ALVAREZ SIERRA, José, *Influencia de San Juan de Dios y de su Orden en el progreso de la Medicina y de la Cirugia*, Talleres Arges, Madrid, 1950, p. 148.

¹⁰ RUSSOTTO, Gabriele OH., *San Givanni di Dio e il suo Ordine Ospedaliero*, Roma, 1969, volume segundo, p. 124.

¹¹ Na obra citada de Gabriel Russotto há 73 páginas de nomes com uma ampla documentação. Entre as figuras mais conhecidas de Médicos e Cirurgiões destacam-se: Ir. Gabriel Ferrara (Itália), Ir. Alonso Pabón (Espanha), Ir. Bernardo Fyrtram (Áustria), Ir. José Lopez de la Madera (Espanha), Pe. Constantino Scholz (Silésia, Áustria), Ir. Ambrósio Guivebille (Áustria), Pe. Lázaro Nobel (Alemanha), Ir. Matias del Carmen Verdugo (Chile), Ir. Miguel Isla (Colômbia), Pe. Probo Martini (Alemanha, Rep. Checa, Silésia), Pe. Bertrando Schroeder (Áustria), Pe. Norberto Boccius (Hungria, Rep. Checa), Pe. Manuel Chaparro (Chile), Pe. Ludovico Perzima (Polónia), Ir. Eliseu Talochon (França), Pe. Odilone

A Ordem Hospitaleira é uma instituição com vários séculos de presença no mundo da saúde e dos serviços sociais. Por isso, pode e deve favorecer a busca contínua de melhorias na assistência através da promoção da investigação. Sem renunciar a campo algum da investigação, talvez os mais específicos sejam: a assistência integral, a humanização, a bioética nas suas vertentes clínicas, epidemiológicas, de gestão e docência, tanto em medicina como na enfermagem, a pastoral, o diálogo inter-religioso no encontro de serviços aos pobres e necessitados, os valores da instituição em geral, etc.

O aprofundamento criativo deste documento, a qualidade dos recursos humanos disponíveis em cada situação e a motivação dos Colaboradores em fortalecer a dimensão inovadora da Ordem Hospitaleira, que tem sido uma marca característica da mesma através da história, deverão marcar as linhas de trabalho de colaboração que pareçam mais oportunas.

6.3.2. A promoção da investigação na perspetiva do Terceiro Milénio

O progresso constante da ciência e o compromisso dos profissionais da saúde, não apenas na sua atividade de carácter assistencial, mas também

Wolf (Rep. Checa), Ir. Justo Sarmiento (América), Pe. Fausto Gradischeg (Áustria), Pe. Juan Luís Portalupi (Itália), Pe. Benedetto Nappi (Itália), Pe. Celestino Opitz (Rep. Checa), Pe. Prosdócimo Salerio (Itália), Pe. Celso Broglio (Itália), Pe. João de Deus Sobel (Silésia), Pe. Francisco de Sales Whitaker (Irlanda e Inglaterra). A lista termina com S. Ricardo Pampuri.

Entre os Farmacêuticos e Botânicos mais famosos da história da Ordem, recordamos o Pe. Agustin Stromayer (Rep. Checa), Pe. Inocêncio Monguzzi (Itália), Pe. Ottavio Ferrario (Itália), Pe. Gallicanio Bertazzi (Itália), Pe. Anastácio Peliccia (Itália) e Pe. António Matias dell'Orto (Itália).

Entre os Dentistas, os mais famosos são dois, ambos italianos: Ir. João de Deus Pelizzoni e Pe. Giovanni Battista Orsenigo, que foi muito conhecido em Roma.

Na Colômbia, o Ir. Miguel de Isla (séc. XVIII) foi médico, catedrático de Medicina e restaurador da Faculdade de Medicina da Universidade do Rosário. No Chile, o Ir. Manuel Chaparro introduziu o método de inoculação (vacina), que nunca tinha sido utilizado antes e ainda era ignorado na Europa – para controlar uma devastadora epidemia de varíola, que grassou entre 1765 e 1772. Vale a pena destacar por fim que, em 1821, o Ir. Farmacêutico Ottavio Ferrario descobriu o iodoformo, embora a descoberta seja atribuída a um francês, que fez a mesma descoberta naquele ano. Em 1822 o Ir. Ferrario foi a primeira pessoa na Itália que extraiu a quinina, isolando os constituintes ativos da quina.

nos seus esforços de carácter experimental, tornam hoje indispensável esta promoção adequada da investigação. Não existe progresso da medicina que não tenha sido precedido por uma apropriada e notável atividade de investigação (teórica, de laboratório, em animais e no homem). Por isso, a assistência integral ao doente e ao necessitado passa necessariamente por estas fases preliminares.

Embora tradicionalmente a atividade da Ordem se tenha desenvolvido predominantemente no cuidado direto dos doentes e necessitados, perante os novos desenvolvimentos sociais e na saúde, a investigação apresenta-se como uma premissa indispensável que não visa “outros” profissionais, mas que entra de pleno direito nas atividades que podem ser realizadas e promovidas nos Centros.

Isto já se faz há alguns anos, com grande benefício para os doentes e gratificação de uma parte dos Colaboradores, plenamente inseridos nos circuitos de investigação internacionais e, portanto, participantes daquele *«progresso da saúde»* no qual toda a comunidade científica está interessada.

Os principais meios para realizar tal atividade serão: a experimentação clínica, os protocolos com institutos de investigação, a adesão a programas internacionais de investigação, a qualificação específica e exclusiva de alguns Colaboradores neste sector.

Para uma promoção mais proveitosa da investigação, poderão ser também criadas associações que tenham com o objetivo realizá-la de forma mais orgânica, coordenada e interdisciplinar, também com o contributo de peritos qualificados, «externos» ao próprio Centro.

Um problema particular tem a ver com o destino dos meios financeiros. Não se trata de recursos «subtraídos» ao doente mas, pelo contrário, utilizados para a sua melhor cura, inclusivamente quando não se vê imediatamente o «retorno», já que, às vezes, num primeiro momento, parece que os recursos empregues não deram os resultados esperados.

Precisamente por isso, a Ordem não só aprecia e favorece a investigação experimental nos seus Centros, mas também poderá mesmo tornar-se a sua promotora perante as entidades que legitimamente a perseguem como campo institucional próprio. Isto também deverá ser tido em conta, se a tipologia de um determinado Centro o permitir, no momento de estipular os respetivos protocolos com os Governos que destinam precisamente à investigação uma parte (ainda que modesta) dos seus próprios orçamentos.

Para a reflexão:

1. Quais são os programas de formação, ensino e investigação que existem no seu Centro ou na sua Província? Faça uma avaliação da transposição para a prática e da sua eficácia.
2. Quais deveriam ser as prioridades para a Ordem no campo:
 - da formação,
 - do ensino,
 - da investigação?

**A INTEGRIDADE
PESSOAL COMO BASE
PARA A AÇÃO**

7.



7.1. A INTEGRIDADE COMO PROJETO DE EXISTÊNCIA

7.1.1. Viver segundo os valores que configuram a pessoa

Entendemos por integridade pessoal a qualidade moral de uma pessoa cuja ação concorda com os princípios e valores que ela professa: *«operari sequitur esse»* (o agir vem depois do ser). Esta integridade exige um coração indiviso, retidão na ação e fidelidade no meio das provações e das dificuldades. Em última análise, devemos dizer que o homem íntegro é aquele que vive de acordo com o mandamento do amor que Jesus nos deixou: *«Amai-vos uns aos outros como eu vos amei»*.

A unidade de mente e de coração, de coerência entre o sentir e o agir, requer um processo mais ou menos prolongado de amadurecimento humano, psicológico e espiritual, conforme as pessoas, o grau da sua vocação de serviço e a generosidade na resposta. Integrar a ação na união com Deus, segundo o carisma de S. João de Deus, é uma tarefa de toda a vida.

Se no nosso agir tendemos apenas, ou predominantemente, para a utilidade social, para a eficácia, eliminando a dimensão de sermos testemunhas do amor de Cristo, segundo o carisma de S. João de Deus, atentamos contra a nossa integridade como projeto de existência e as nossas Obras não terão a força evangelizadora que devem ter. Se uma pessoa é íntegra, sê-lo-á por aquilo que é, que diz e que faz.

7.1.2. O homem, testemunha da Transcendência e do Amor

O destino do homem é a vida eterna: *«inquietum est cor nostrum donec requiescat in Te»* (O nosso coração está inquieto enquanto não descansar em Vós). O seguimento de Jesus Cristo, plenitude da revelação de Deus, é o caminho do homem para a plenitude da sua realização. O seguimento de Jesus Cristo, segundo o estilo de S. João de Deus, identificando-se com os pobres e os necessitados, é o modelo exemplar da Ordem Hospitaleira.

A entrega incondicional aos outros como sinal do amor de Deus exige um certo grau de maturidade humana e espiritual: a experiência íntima de Deus, o ter consciência de que se é amado por Deus e o conhecer-se a si mesmo, aceitando-se tal como se é, são condições para conseguir o grau de identidade, confiança e liberdade, necessários para o apostolado. A oração é necessária para vitalizar, unificar e integrar a vida espiritual e a atividade.

A experiência da misericórdia de Deus para connosco e do seu amor incondicional, dá-nos a medida do amor e da relação que devemos ter com a pessoa necessitada, ajudando-a a construir a sua própria vida, a valorizar a sua dignidade e a revelar-lhe o seu poder de amar. A experiência do amor incondicional ajuda as pessoas a descobrirem a sua vocação de filhos de Deus.

O Evangelho de Cristo ao revelar ao ser humano a sua qualidade de pessoa livre, chamada a entrar em comunhão com Deus, suscita a tomada de consciência das profundidades da liberdade humana. Libertação de toda a escravidão, libertação do pecado, libertação para proclamar o Evangelho, libertação para crescer na liberdade, segundo o Espírito.

7.2. A CONSCIÊNCIA COMO MOTOR DA NOSSA AÇÃO

No mais profundo da sua consciência, o homem descobre a existência de uma lei que ele não dá a si mesmo, mas à qual deve obedecer e cuja voz ecoa, quando é necessário, aos ouvidos do seu coração, advertindo-o que deve amar e praticar o bem e que deve evitar o mal: **«faz isto, evita isso»**. De facto, o homem tem uma lei inscrita por Deus no seu coração, em cuja obediência consiste a dignidade humana e pela qual será pessoalmente julgado¹.

«A dignidade da pessoa humana implica e exige a retidão da consciência moral. A consciência moral compreende a perceção dos princípios da moralidade (sindérese), a sua aplicação às circunstâncias concretas mediante

¹ CONCÍLIO VATICANO II, *Gaudium et Spes*, 16.

um discernimento prático das razões e dos bens e, em definitivo, o juízo formado sobre os atos concretos que vão ser ou já foram realizados. A verdade sobre o bem moral, declarada na lei da razão, é reconhecida como prática e concretamente pela voz prudente da consciência. Chama-se prudente ao homem que procede de acordo com os ditames, ou juízos, da sua consciência»².

O homem tem o direito de agir em consciência e em liberdade, a fim de tomar pessoalmente as decisões morais. «Não deve ser obrigado a agir contra a sua consciência. Não se lhe deve impedir que atue segundo a sua consciência, sobretudo em matéria religiosa»³.

Na formação da consciência, a Palavra de Deus é a luz do nosso caminhar; é preciso que a assimilemos através da fé e da oração, e a prolonguemos na prática. É preciso também que examinemos a nossa consciência à luz da cruz do Senhor. Estamos assistidos pelos dons do Espírito Santo, ajudados pelo testemunho ou pelos conselhos dos outros, e guiados pelo ensino certo da Igreja.

A reflexão pessoal e comunitária, da qual as Comissões de Ética são uma manifestação, pode esclarecer os problemas difíceis nos casos concretos que escapam à normativa ética dos pronunciamentos do Magistério. Competência profissional; docilidade ao Magistério e respeito por ele, e espírito de diálogo, são requisitos essenciais para discernir comportamentos concretos em casos particularmente conflituosos, onde é necessária uma hierarquização de valores que entram em conflito.

Dado que os problemas éticos mais importantes do direito natural não têm uma resposta explícita na Bíblia, devemos insistir mais numa fundamentação convincente e racional, que não se baseie no argumento de autoridade. Sem esta condição, será talvez cada vez mais difícil que o homem de hoje,

² Catecismo da Igreja Católica (CIC), Roma, 1992, § 1780.

³ Catecismo da Igreja Católica, § 1782.

consciente da sua autonomia e responsabilidade, dê livremente o seu assentimento.

7.3. CONSCIÊNCIA E RETIDÃO MORAL

7.3.1. O serviço ao homem doente e necessitado: «*conditio sine qua non*»

O termo «*servo*», da primeira comunidade eclesial, formaliza e define a condição do crente que, por amor, se coloca à disposição dos seus irmãos. Esta atitude evidencia-se ainda mais no cuidado que a comunidade eclesial tem para com os doentes e necessitados.

Na realidade, os testemunhos de maior autoridade do passado (Juramento de Asaph, oração de Maimónides, Juramento de Hipócrates, etc.), tinham sublinhado o compromisso ético do serviço do agente da saúde e a própria ideia de ministério socio-sanitário é comum a muitas outras doutrinas ideológico-culturais. Mas é sem dúvida no Cristianismo que esta ideia assume uma importância muito particular, pela referência ao ministério de Cristo, «diácono» do Pai para os homens, o servo de Deus para ser servo dos irmãos. Policarpo (em finais do séc. I), chamar-lhe-á «diácono, servo de todos».

Precisamente por isso, na Ordem religiosa que tomou a hospitalidade como seu carisma específico, a dimensão do serviço torna-se algo a que não se pode renunciar, e exprime a razão de ser das próprias Obras, bem como a atitude interior dos Colaboradores mais envolvidos.

Nesta perspetiva, a diferença de vocações converte a pluralidade em motivo de riqueza carismática. Deste modo, os factos existenciais, os estados de vida e o âmbito do trabalho, transformam-se em ocasiões e compromissos «ministeriais». Nas situações em que o compromisso profissional e existencial implica uma participação direta nas necessidades existenciais do outro, como acontece no caso da Ordem Hospitaleira, o serviço transforma-se numa verdadeira linha-mestra do seu agir.

7.3.2. Graus de envolvimento pessoal na missão da Ordem

7.3.2.1. *Os Irmãos*

Em virtude da sua profissão religiosa, os Irmãos são, como é óbvio, as pessoas mais radicalmente comprometidas com a Ordem. O termo «profissão» é idêntico ao que se emprega para designar uma atividade de trabalho. Ambas as situações caracterizam-se por três dimensões: crer, declarando-o de maneira aberta e formal, na realidade existencial que se assume; pertencer a um grupo social particular que transforma esta realidade na sua razão de ser; comprometer-se em manifestar na vida concreta a realidade professada.

A primeira dimensão – crer – diz respeito à esfera intelectual e realiza-se, se assim nos podemos exprimir, em «crer na hospitalidade». Não se pode viver nem agir segundo o estilo de S. João de Deus, ou seja, encarnando concretamente o carisma da hospitalidade, se não se acreditar nesta hospitalidade. Trata-se, pois, de renovar um testemunho que brote da profundidade da fonte vocacional, renovando-se quotidianamente e reformulando todos os dias o próprio «*sim*» à hospitalidade.

A segunda dimensão – pertencer – refere-se ao âmbito relacional, isto é, ao sentido de pertença e, mais concretamente, à dimensão comunitária da própria vida. A vida é antes de mais o espelho de uma vocação que, sem eliminar a dimensão personalista de um Deus que «nos chama pelo nosso nome», se atualiza numa comunidade. Além disso, na sua resposta está implicada uma pertença específica comunitária, que se realiza em dois âmbitos específicos: no que se refere ao seu ser, na estrutura orgânica da Ordem; no que se refere ao seu agir, na vida fraterna e no compromisso hospitaleiro comum.

Por fim, a dimensão da vontade – compromisso – exprime-se de forma seletiva na profissão dos votos. A este respeito, é necessário sublinhar mais uma vez a sua dimensão oblativa, mais do que ascética, considerando os votos mais na sua realidade de «dom» do que de «renúncia». Nesta ótica, o seu significado pode constituir um exemplo de imitação dos valores

também por parte dos Colaboradores, encontrando uma dimensão de comunhão que ultrapassa o âmbito do simples trabalho realizado juntos. O Irmão poderá assim partilhar com o leigo a obediência como adesão às circunstâncias existenciais, através de cuja trama se pode vislumbrar a vontade de Deus; a pobreza como dom dos bens interiores, do tempo, da inteligência, do coração; a castidade como dádiva do próprio corpo e dos recursos específicos do homem e da mulher; e a hospitalidade como expressão de acolhimento e serviço à pessoa doente e necessitada.

7.3.2.2. Os Colaboradores

Neste âmbito podemos incluir todos aqueles que, trabalhando nas Obras da Ordem, e participando, a partir da sua própria identidade, nas iniciativas e Obras por ela promovidas, colaboram para um mesmo objetivo. «Os níveis desta participação variam: haverá quem se sinta mais vinculado à Ordem atraído pela sua espiritualidade; outros, em contrapartida, pelo desempenho da missão. Mas o importante é que o dom da hospitalidade recebido por João de Deus crie laços de comunhão entre os Irmãos e os Colaboradores que os estimulem a desenvolver a sua vocação cristã e a ser para o pobre e o necessitado manifestação do amor misericordioso de Deus para com os homens»⁴.

Independentemente da fé, os Colaboradores dos nossos Centros contribuem para levar a cabo, de forma determinante, a atividade da Obra, participando assim da sua missão. Eles têm com a Ordem uma relação essencialmente laboral, dado que na sua maioria são os artífices dos serviços que a Obra presta à sociedade. Pelo seu número e pela objetiva promoção da estrutura que eles realizam, dão um contributo significativo às Obras da Ordem, mesmo sem procurar partilhar profundamente o carisma, seguindo estilos e modalidades que, possivelmente, não consideram que corresponda à sua situação existencial. Respeitando os seus valores e sem forçar as suas consciências, será oportuno, sem dúvida, proporcionar-lhes todos os instrumentos necessários para que possam seguir um caminho que, com

⁴ CÚRIA GERAL, Irmãos e Colaboradores unidos para servir e promover a vida, Roma, 1991.

o tempo, os possa levar a assumir livremente uma identificação mais direta com a missão da Ordem.

Os Colaboradores mais sensíveis e comprometidos que desejam viver identificados com a missão da Ordem participam plenamente no carisma de S. João de Deus, que neles vive e se difunde não menos do que nos Irmãos. Precisamente por isso, no âmbito destes Colaboradores, realizaram-se (e é desejável que continuem a realizar-se) formas associativas particulares que mais diretamente exprimem, no estilo de vida secular, a missão da Ordem. Nesta perspetiva, a colaboração entre Irmãos e Colaboradores deixa de ser um facto ocasional e espontâneo para pertencer essencialmente a vida da Ordem, a partir de uma plena integração.

Trata-se de uma perspetiva muito apreciada pela Igreja universal: «por imposição das novas situações, não poucos institutos chegaram à conclusão de que o seu carisma pode ser partilhado com os leigos. E assim estes são convidados a participar mais intensamente na espiritualidade e na missão do próprio Instituto. Pode-se dizer que, no rasto das experiências históricas como a das diversas Ordens seculares ou Ordens Terceiras, se iniciou um novo capítulo, rico de esperanças na história das relações entre as pessoas consagradas e o laicado»⁵.

Para a reflexão:

1. Que recursos estamos utilizando para promover a integridade pessoal?
2. Que outros recursos seria necessário utilizar?

⁵ JOÃO PAULO II, Exortação Apostólica pós-sinodal 'Vita Consecrata', 1997, 54.

**CRIAR O FUTURO COM
ESPERANÇA**

8.



8.1. DESAFIOS DO PRESENTE

Na reflexão sobre o futuro, mais propriamente sobre a relação entre criatividade e temporalidade, devemos notar e superar uma contradição: o tempo, sobre o qual queremos investigar, não é um espaço mental abstrato e longínquo, mas uma determinação do nosso presente.

É a época em que se vive prepara o futuro: os valores que são fundamento do nosso testemunho encerram a semente do futuro. Também porque o compromisso e o testemunho não se devem transferir continuamente para um futuro hipotético que nos impediria de assumir as nossas responsabilidades presentes.

É necessário entrar no terceiro milénio com a coragem vocacional e profética de papéis e testemunhos novos¹. No mundo da Hospitalidade, a esperança como anúncio de salvação apenas cria um futuro possível se gerar estruturas de saúde capazes de acolher o homem de hoje que sofre. Criar quer dizer instituir e promover processos capazes de fecundar o tempo de maneira que se verifiquem iniciativas que estejam em sintonia com a vontade de Deus e com os sinais através dos quais a sua vontade se manifesta no tempo.

Criar, em hospitalidade, significa gerar e testemunhar, constantemente, um amor vivo – que opera, que constrói – a favor do irmão que vive no sofrimento. Deter-se constantemente a projetar – a pensar – o futuro sem criar e produzir a **novidade** pode colocar a Ordem fora da história.

A mudança de época que estamos a viver leva-nos à necessidade de avaliar e, por conseguinte, de escolher e dar concretização às respostas mais idóneas no contexto do crescente pluralismo cultural, do movimento dos direitos humanos, do desafio da ecologia, do envelhecimento da população, do aumento das velhas e novas formas de pobreza, do desejo de paz e da diminuição dos recursos económicos para a defesa do estado social.

¹ Uma primeira pista encontra-se no documento *Hospitalidade dos Irmãos de S. João e Deus rumo ao ano 2000*, apresentado aos Irmãos em Abril de 1987.

Como se diz noutros capítulos deste documento, a Bioética impõe-se como parâmetro do nosso agir religioso e profissional correto, precisamente porque impõe um ponto de vista universal ao nosso comportamento e às nossas opções, que apontam sempre para a promoção da humanidade do ser humano.

Este, como nos ensina S. João de Deus, não é um objeto insignificante no panorama da natureza, mas um ponto de vista original sobre toda a criação². Para testemunhar o horizonte futuro da nossa hospitalidade, devemos considerar mais a fundo as exigências do homem necessitado, entrelaçando a ética e a espiritualidade com uma antropologia coerente.

Hoje, os Irmãos e os Colaboradores têm a tarefa de serem profetas da esperança, da dignidade da pessoa que sofre, do amor, que por vezes fica ofuscado pela técnica e pelas leis de mercado, que invadiram o mundo da saúde e da assistência.

No passado, em muitas circunstâncias, substituímos ou antecipámos o espaço do Estado. Hoje, devemos entrar neste espaço e nas organizações de mercado, com a cultura e o espírito de S. João de Deus em defesa dos doentes e necessitados. A Ordem deve percorrer um caminho que traduza o ensinamento social da Igreja, servindo-se de técnicos competentes que deixem espaço à criatividade do amor e à espiritualidade da Ordem.

Tudo isto poderia levar também a repensar a presença da Ordem nalgumas Obras concretas, mas permitirá, pelo menos, uma refundação ao iniciar o novo Milénio.

Criar o futuro quer dizer entrar como fermento na massa da humanidade, renunciando a deter-nos como observadores mudos, por detrás das nossas janelas limitadas que, por vezes, consideramos como a totalidade do mundo.

² Cf. 2ª Carta de S. João de Deus à Duquesa de Sesá.

Enviados a evangelizar o mundo da saúde, anunciamos que a salvação está no meio de nós e se manifesta no acolhimento de Cristo na pessoa do irmão. Toda a Obra de hospitalidade é sinal de esperança para alcançar a verdadeira saúde.

8.2. FORÇA PROFÉTICA DA HOSPITALIDADE

Para viver na nova hospitalidade, precisamos de voltar a repensar a nossa presença no mundo da saúde que muda, envolvendo-nos num movimento vertiginoso que corre o risco de nos destruir a não ser que redefinamos os nossos projetos e as estratégias para os realizar. Não se trata de «salvar as Obras», mas de tornar possível o anúncio do Evangelho mediante a prática do Carisma da Hospitalidade, como serviço a Deus nos necessitados. Depois de termos ouvido tantos apelos à mudança, somos hoje chamados a ultrapassar a mudança: devemos empreender um processo destinado a reinventar-nos e a reinventar a Hospitalidade.

Esperar ou querer ser «perfeitos» na mudança significa não ouvir a Deus, que fala através da nossa história pessoal e não só por meio da história das nossas Obras. O tempo, o porvir, não jogam a nosso favor, se não vivermos com ousadia e plenitude o nosso hoje.

A força profética não se exprime simplesmente na capacidade de interpretar os sinais dos tempos, mas também, e sobretudo, em saber vencer o presente e «ler o futuro», segundo o olhar de Deus.

«Embora a renovação não tenha desaparecido do léxico da Ordem e dos seus projetos, e seja desejada e procurada por todos a vários níveis, apelamos vivamente para que se entenda a sua necessidade e se procurem os meios para a sua realização»³.

³ LXIII CAPÍTULO GERAL, A Nova Evangelização e a Hospitalidade no limiar do Terceiro Milénio, Bogotá 1994, nº 3.3, § final.

Refletir sobre a renovação com espírito profético faz-nos pensar em muitas coisas que necessitam de discernimento. Renovar a hospitalidade significa oferecer serviços de qualidade às necessidades humanas, avaliar corretamente os recursos económicos, considerar as exigências de justiça social, cuidar da formação dos Irmãos e Colaboradores, adequar as estruturas organizativas.

Impõe-se um verdadeiro esforço de «formação nova» para os Irmãos e para os Colaboradores, como opção prioritária. Não nos podemos limitar a uma formação localista, restrita: é necessária uma abertura mundial. Impõe-se, pois, uma avaliação das experiências das diversas Províncias da Ordem, com intercâmbios culturais e pastorais, para um novo impulso, um entusiasmo novo, capazes de inspirar uma nova evangelização e uma nova hospitalidade.

Mas tudo isto pode não ser suficiente para produzir um verdadeiro movimento de inovações que perdurem. Por conseguinte, inspirados num verdadeiro amor pelo nosso serviço carismático, não nos devemos limitar a fazer simples propostas corretivas de situações que verificámos terem sido insuficientes ou inadequadas. Devemos ir à raiz dos problemas, questionar de novo aquilo que mais nos custa questionar, isto é, a nós mesmos como pessoas, como Irmãos ou como Colaboradores, a nossa mentalidade, a nossa maneira de encarar a comunidade hospitaleira e os Centros.

Os Irmãos devem construir um tecido comunitário novo, no qual o papel de «proprietários» das Obras fique equilibrado com a função de «animadores», abrindo-se a uma partilha mais convicta e coerente com quantos querem unir-se a eles com laços mais estreitos.

A renovação exigida pela Nova Hospitalidade, a reinvenção da nossa existência no campo da saúde, consiste mais em voltar a repensar e a rever não apenas as estruturas visíveis, mas também as invisíveis e as culturais. Devemos pensar numa transformação que permita manter no tempo os

melhoramentos, independentemente das variações do contexto económico-sanitário externo⁴.

O fim último dos membros da Ordem Hospitalreira, no seu apostolado de caridade, consiste em tornar presente a Cristo, que os convida a comprometer a sua existência na evangelização dos pobres e dos doentes⁵. A Igreja hoje, tendo em vista a nova Evangelização, convida-os a verificar:

- Se o seu apostolado tem um autêntico perfil evangelizador em todas as suas expressões;
- Em que medida as comunidades, na sua ação apostólica, têm consciência do seu papel evangelizador;
- Até que ponto as pessoas assumem e valorizam a sua dimensão de testemunhas do Evangelho;
- Em que medida sabem ser animadores motivados e enraizados no Evangelho e, ao mesmo tempo, sensíveis às ciências humanas e organizativas;
- Até que ponto conseguiram harmonizar a dimensão apostólica com a dimensão contemplativa.

Por fim, é importante que redescubram o sentido de alegria que inunda o profeta quando se entusiasma por ter descoberto o sentido da sua vocação: «seduziste-me, Senhor, e eu me deixei seduzir» (Jr 20, 7).

A participação partilhada da gestão, do testemunho, da missão ou da espiritualidade revela-se como passo obrigatório para realizar o ministério de saúde e salvação que anunciamos profeticamente à humanidade que sofre.

Devemos convencer-nos de que, na prática das coisas concretas, a solução de participação envolve as pessoas e impõe a revisão do sistema hierárquico que frequentemente condicionou as relações entre Colaboradores e Irmãos e entre os Irmãos entre si.

⁴ Toda a carga propositiva destas palavras está encerrada na página final do documento A Nova Evangelização e a Hospitalidade..., op. cit., 5. 6.

⁵ Cf. Constituições, 41.

A participação deve traçar um itinerário próprio que abranja tanto os aspetos culturais e de comunicação, como os relativos à organização e aponte para o amadurecimento de relações mais modernas na empresa-hospital e na comunidade hospitaleira.

Isto significa que nos devemos submeter, todos, a um confronto constante sobre os problemas concretos, tais como a produtividade, o melhor uso das estruturas técnicas, a qualidade do trabalho e do serviço, o reconhecimento da centralidade do homem doente. Há que procurar a satisfação do doente, de todos os modos, com a mesma inteligência e constância com que se procura a criação de um ambiente de trabalho satisfatório.

A participação pode aumentar a satisfação dos agentes e dos Utentes se for corroborada pelo desenvolvimento profissional, por um sistema económico mais próximo das modalidades de participação, por uma cuidadosa atenção à formação espiritual de todos na fidelidade ao carisma da hospitalidade.

Mas, para além disso e a outro nível, a participação implica uma informação mais difundida e uma comunicação mais interativa relativamente ao que se tem feito até agora.

8.3. VITALIDADE HUMANO-DIVINA DO CARISMA DA HOSPITALIDADE

Nada nos pode garantir o êxito perante os desafios futuros ou manter as eventuais conquistas, se não estivermos enraizados na confiança no Pai. Na resposta convicta e integral ao chamamento de Deus, comprometemos todo o nosso ser e todos os nossos recursos ao serviço da humanidade.

Nisto, o carisma da hospitalidade é graça derramada por nosso intermédio sobre os homens que sofrem e compromete-nos a tornarmo-nos guias morais para o mundo da saúde. Ser guias morais impõe uma coerência de vida nos comportamentos quotidianos, no cumprimento dos nossos

compromissos, na nossa obra de evangelizadores positivos e propositivos no mundo da saúde.

Enraizados na fidelidade a Cristo homem-Deus, salvador do homem, devemos construir as oportunidades para que se respeite a dignidade humana, se reconheça o sentido e o destino transcendente de todo o ser humano.

Emerge aqui a dimensão espiritual, mais propriamente teológica do carisma da hospitalidade. A vitalidade humana do carisma, a parte visível do nosso estilo, tem de ser uma manifestação da parte invisível da nossa união com Deus. A partir do modo como reconhecemos a figura de Deus e o «*sentido*» da sua função na história, na natureza, na existência dos homens, determinamos o seu papel na nossa vida pessoal.

O modelo de ação apostólica que devemos formular e atuar tem de encontrar o seu fundamento na teologia do serviço. De facto, se a nossa opção vocacional se orientar para o alívio do sofrimento, devemos definir qual é o nosso modo de conceber esta tarefa como um precioso serviço a Deus. Porque está escrito:

«Quando o Filho do Homem vier na sua glória, (...) o rei dirá então aos da sua direita: 'Vinde, benditos de meu Pai! Recebei em herança o Reino que vos está preparado desde a criação do mundo. Porque tive fome e deste-me de comer, tive sede e deste-me de beber, era peregrino e reconheceste-me, estava nu e deste-me que vestir, adoeci e visitaste-me, estive na prisão e foste ter comigo». Então os justos vão responder-lhe: «Senhor, (...) quando te vimos doente ou na prisão e fomos visitar-te?» E o rei vai dizer-lhes, em resposta: «Em verdade vos digo: sempre que fizeste isto a um destes meus irmãos mais pequeninos, a mim mesmo o fizeste'» (Mt 25, 31-40).

Mas isto, que segundo o Evangelho estava tão intimamente ligado com a mentalidade da Igreja primitiva – o espírito de comunhão e o sentido vivo do testemunho – é mais difícil de realizar na era moderna. Isto porque a nossa visão do mundo e a cultura moderna levaram-nos a excluir das coisas desta terra a vital dependência do divino e da transcendência.

Portanto, é necessário rever a nossa maneira de agir e de pensar, para poder-mos transformar a nossa existência de Irmãos ou de Colaboradores e sermos realmente «transparentes», testemunhas vivas do amor misericordioso⁶.

Sendo assim, a fundação de um modelo de teologia do serviço que seja nosso não pode esperar mais: a ideia de serviço está no âmago da tradição cristã.

Na enorme complexidade da sociedade contemporânea, a busca de um modelo de teologia do serviço deve fazer-se mediante um salto arriscado que nos conduza à invenção de algo novo. Somos chamados a pensar de maneira nova a relação, fundamental e fundante, sempre particular, entre a fé cristã e as formas de serviço religioso, político ou intelectual, prestadas ao mundo pela práxis social cristã.

É necessária uma ousadia nova para arriscar-se a uma abertura que abranja num único movimento Deus, que é o outro na sua totalidade, e o homem, que é totalmente semelhante a nós. Uma teologia, por conseguinte, centrada na hospitalidade de Deus no homem e do homem no homem. Somente nesta arriscada abertura, como esplêndida aventura, poderá basear-se o nosso serviço.

Assim, o doente, a pessoa que sofre e o ser em necessidade transformam-se, pela fé em Deus, em fonte de vida. Exercer o carisma da hospitalidade significará, portanto, de certo modo, ceder espaço ao outro e fazê-lo viver – conosco e em nós.

Traduzir em ação estes princípios ou estes riscos de aventura mudaria e revolucionaria o nosso ser, daríamos um testemunho capaz de encantar os jovens da nossa época, e daria aos nossos Centros uma característica própria, que o nosso Fundador quis para o seu hospital.

⁶ Constituições, n. 2.

Será a atitude de simples disponibilidade, mas também de luta por encontrar um lugar «para os outros»: na nossa oração, nas nossas palavras, no exercício concreto das nossas profissões, no acolhimento, na assistência e no acompanhamento dos doentes e necessitados.

Desta forma, a hospitalidade torna-se o lugar teológico em que Deus, que desde sempre nos acolheu, inspira gestos de hospitalidade que o fazem sentir acolhido entre os homens e o tornam presente no mundo.

Para a reflexão:

1. Que sinais atuais nos fazem olhar para o futuro com receio?
2. Que sinais atuais nos fazem olhar para o futuro com esperança?

ÍNDICE

9.



ÍNDICE

APRESENTAÇÃO

PRINCÍPIOS, CARISMA E MISSÃO DA ORDEM HOSPITALEIRA DE S. JOÃO DE DEUS

1. 1. Projetar o futuro com base nos nossos princípios.....	11
1. 2. O Carisma da Ordem.....	15
1. 3. A missão da Ordem.....	16

FUNDAMENTOS BÍBLICO-TEOLÓGICOS DA HOSPITALIDADE

2. 1. A aproximação filosófica e religiosa ao sofrimento.....	21
2.1.1. O homem perante a dor.....	21
2.1.2. O sofrimento e os sofredores no Cristianismo.....	23
2.1.3. A mensagem evangélica da libertação.....	24
2.2. A Hospitalidade no Antigo Testamento.....	25
2.2.1. O Deus hospitalidade.....	25
2.2.2. O conceito de hospitalidade.....	27
2.2.3. As razões da hospitalidade.....	28
2.2.4. As referências mais importantes.....	29
2.2.5. A hospitalidade institucional.....	31
2.3. A hospitalidade no Novo Testamento.....	31
2.3.1. A perspectiva evangélica.....	31
2.3.2. A philoxenia.....	33
2.3.3. Hospitalidade e evangelização.....	34
2.3.4. O Bom Samaritano.....	34

O CARISMA DA HOSPITALIDADE EM S. JOÃO DE DEUS E NA ORDEM HOSPITALEIRA

3.1. O carisma da hospitalidade em S. João de Deus.....	39
---	----

3.1.1. Hospitalidade misericordiosa	40
3.1.2. Hospitalidade solidária	42
3.1.3. Hospitalidade de comunhão	43
3.1.4. Hospitalidade criativa	44
3.1.5. Hospitalidade integral (holística)	44
3.1.6. Hospitalidade reconciliadora	45
3.1.7. Hospitalidade geradora de Voluntários e Colaboradores	47
3.1.8. Hospitalidade profética	48
3.2. A hospitalidade ao longo da história da Ordem	48
3.2.1. A hospitalidade joandeína desde os primeiros companheiros e através dos séculos	48
3.2.2. Presença atual	51
3.2.3. Novas formas de presença	53

PRINCÍPIOS QUE ILUMINAM A NOSSA HOSPITALIDADE

4.1. Dignidade da pessoa humana	59
4.1.1. Respeito pela pessoa humana	59
4.1.2. Universalidade do respeito	60
4.1.3. Acolhimento dos doentes e necessitados	60
4.2. Respeito pela vida humana	62
4.2.1. A vida como bem fundamental da pessoa	62
4.2.2. Proteção especial das pessoas com deficiência	62
4.2.3. Promover a vida nas situações de pobreza	63
4.2.4. Obrigações e limites na conservação da própria vida	64
4.2.5. O dever de não atentar contra a vida dos outros	64
4.2.6. Deveres em ordem aos recursos da biosfera	65
4.3. Promoção da saúde e luta contra a dor e o sofrimento	65
4.3.1. Dever da educação para a saúde	65
4.3.2. Opção preferencial pelos pobres	66
4.4. A eficácia e a boa gestão	67

4.4.1. Dever de consciencializar a população de que os recursos da saúde não podem ser considerados como um mero consumo	67
4.4.2. Administração e gestão eficazes e eficientes dos recursos	67
4.4.3. A instituição hospitalar empresarial deve orientar-se para a recuperação da pessoa globalmente considerada	67
4.4.4. O investimento para criar um clima humano e humanizador como ajuda à rentabilidade dos recursos	68
4.4.5. Direitos e deveres dos trabalhadores	68
4.5. Nova hospitalidade e novas exigências: III e IV Mundos	69
4.5.1. Solidariedade e cooperação	69
4.5.2. Cooperação e Colaboradores: direitos e deveres	70
4.5.3. O voluntariado: gratuidade e identificação	71
4.6. Evangelização, inculturação e missão	73
4.6.1. Visão de conjunto	73
4.6.2. Evangelização, Inculturação e Missão da Ordem	74

APLICAÇÃO A SITUAÇÕES CONCRETAS

5.1. Assistência integral, direitos e deveres das pessoas assistidas	79
5.1.1. Humanização da assistência	79
5.1.1.1. Abertura	82
5.1.1.2. Acolhimento	82
5.1.1.3. Capacidade de escuta e de diálogo	82
5.1.1.4. Atitude de serviço	83
5.1.1.5. Simplicidade	83
5.1.2. Direitos das pessoas assistidas	83
5.1.2.1. Confidencialidade	84
5.1.2.2. Veracidade	85
5.1.2.3. Autonomia	87
5.1.2.4. Liberdade de consciência	89
5.1.3. Deveres das pessoas assistidas	90
5.1.3.1. Respeito pela Instituição e pelos seus princípios	90
5.1.3.2. Respeito pelos profissionais de saúde	91
5.1.3.3. Respeito pelos doentes e pelas pessoas assistidas.	91
5.1.3.4. Respeito pela abordagem clínica	92

5.1.3.5. <i>Respeito pelos ambientes</i>	92
5.1.4. <i>Direitos da criança e do adolescente</i>	93
5.1.4.1. <i>Consenso e assenso da criança e do adolescente</i>	93
5.1.4.2. <i>Recém-nascidos com peso extremamente baixo</i>	94
5.1.4.3. <i>Conflito de interesses</i>	94
5.1.4.4. <i>Experimentação</i>	95
5.1.4.5. <i>Futilidade</i>	95
5.1.4.6. <i>Adolescência</i>	96
5.2. Problemas específicos da nossa ação assistencial	96
5.2.1. <i>Sexualidade e procriação</i>	96
5.2.1.1. <i>Procriação responsável</i>	96
5.2.1.2. <i>Interrupção voluntária da gravidez</i>	97
5.2.1.3. <i>Objecção de consciência</i>	98
5.2.1.4. <i>Diagnóstico pré-natal</i>	99
5.2.1.5. <i>Intercetivos e contra gestativos</i>	100
5.2.1.6. <i>Reprodução assistida</i>	101
5.2.1.7. <i>Mutilações genitais femininas (MGF)</i>	101
5.2.1.8. <i>Transsexualidade</i>	102
5.2.2. <i>Doação de órgãos e transplantes</i>	102
5.2.2.1. <i>Transplante de órgãos</i>	102
5.2.2.2. <i>Certificação da morte</i>	104
5.2.3. <i>Doentes crônicos em fase avançada de doença</i>	104
5.2.3.1. <i>Eutanásia</i>	104
5.2.3.2. <i>Declarações antecipadas de vontade</i>	105
5.2.3.3. <i>Estado vegetativo</i>	106
5.2.3.4. <i>Cuidados paliativos</i>	107
5.2.3.5. <i>Sedação paliativa</i>	108
5.2.3.6. <i>Feto terminal</i>	108
5.2.4. <i>Ética da terapia</i>	109
5.2.4.1. <i>Proporcionalidade dos tratamentos</i>	109
5.2.4.2. <i>Urgências</i>	110
5.2.4.3. <i>Cuidados Intensivos</i>	110
5.2.4.4. <i>Terapia da dor</i>	111
5.2.4.5. <i>Medicina estética</i>	111
5.2.5. <i>Investigação em seres humanos</i>	111
5.2.5.1. <i>Experimentação clínica</i>	111
5.2.5.2. <i>Consentimento informado</i>	112

5.2.5.3. <i>Investigação com pessoas com deficiência e grupos vulneráveis</i>	113
5.2.5.4. <i>Fetos e embriões</i>	114
5.2.5.5. <i>Investigação e terapia com células estaminais</i>	115
5.2.5.6. <i>Bancos genéticos</i>	115
5.2.5.7. <i>Comissões de ética</i>	116
5.2.6. <i>Medicina preditiva</i>	117
5.2.6.1. <i>Comunicação de diagnóstico</i>	117
5.2.6.2. <i>Património genético e tutela do segredo</i>	118
5.2.7. <i>Problemas ético-sociais</i>	120
5.2.7.1. <i>Dependências</i>	120
5.2.7.2. <i>Doentes com SIDA</i>	121
5.2.7.3. <i>Outras doenças infecciosas</i>	123
5.2.7.4. <i>Fármacos órfãos e doenças raras</i>	123
5.2.7.5. <i>Pessoas com deficiências físicas, intelectuais e sensoriais</i>	124
5.2.7.6. <i>Doentes mentais</i>	125
5.2.7.7. <i>Idosos</i>	127
5.2.7.8. <i>Abuso de crianças, adolescentes e pessoas vulneráveis</i>	128
5.2.7.9. <i>Imigrantes, pessoas sem-abrigo e outras condições de marginalidade</i>	129
5.2.8. <i>Programas de humanização e pastoral</i>	130
5.2.8.1. <i>Programa de humanização</i>	130
5.2.8.2. <i>Pastoral da Saúde e Social</i>	131
5.3. Gestão e direção	134
5.3.1. <i>Gestão</i>	134
5.3.1.1. <i>Organização e aplicação de recursos</i>	134
5.3.1.2. <i>Profissionalismo</i>	135
5.3.1.3. <i>Competência técnica</i>	135
5.3.2. <i>Organização</i>	136
5.3.2.1. <i>Expressão correta da missão da Obra nos instrumentos organizativos</i>	136
5.3.2.2. <i>Defesa da pluralidade</i>	136
5.3.2.3. <i>Delegação. Participação. Assunção de funções</i>	137
5.3.2.4. <i>Descentralização / Centralização</i>	137
5.3.2.5. <i>Novas fórmulas jurídicas</i>	138
5.3.2.6. <i>Trabalho em equipa</i>	138
5.3.3. <i>Política de pessoal</i>	139
5.3.3.1. <i>Critérios gerais</i>	139

5.3.3.2. <i>Relações com os trabalhadores</i>	140
5.3.3.3. <i>A ação sindical</i>	140
5.3.3.4. <i>Seleção e contratação do pessoal</i>	141
5.3.3.5. <i>Segurança no emprego</i>	142
5.3.3.6. <i>Sistema salarial</i>	142
5.3.3.7. <i>Motivação</i>	143
5.3.3.8. <i>Convergência de valores entre todos aqueles que compõem o Centro</i>	144
5.3.3.9. <i>Promover uma cultura de pertença ao Centro, à Província, à Ordem</i>	145
5.3.4. <i>A política económica e financeira</i>	146
5.3.4.1. <i>Entidade sem fins lucrativos</i>	146
5.3.4.2. <i>Carácter de beneficência social</i>	146
5.3.4.3. <i>Equilíbrio financeiro</i>	147
5.3.4.4. <i>Transparência na gestão</i>	147
5.3.5. <i>Responsabilidade social</i>	148
5.3.5.1. <i>Serviço à sociedade como elemento justificativo das Obras</i>	148
5.3.5.2. <i>Respeito e aplicação da legislação</i>	148
5.3.5.3. <i>Compromisso de justiça social na distribuição das riquezas</i>	149
5.3.5.4. <i>Função de denúncia nas situações que o exigirem</i>	149
5.3.6. <i>Presença da sociedade no Centro</i>	150
5.3.6.1. <i>Os Utentes. As Associações de Utentes e de Familiares</i>	150
5.3.6.2. <i>Os trabalhadores</i>	151
5.3.6.3. <i>Os benfeitores</i>	152
5.3.6.4. <i>Os voluntários</i>	153
5.3.6.5. <i>A Igreja local</i>	154
5.3.6.6. <i>A Administração Pública</i>	154
5.3.7. <i>Avaliação</i>	155
5.3.7.1. <i>Atenção aos sinais dos tempos</i>	156
5.3.7.2. <i>Resposta às necessidades do homem e da sociedade</i>	156

FORMAÇÃO, DOCÊNCIA E INVESTIGAÇÃO

6.1. Formação	161
6.1.1. <i>Formação técnica, humana e carismática</i>	161
6.1.2. <i>As Comissões de Ética como instrumento de formação</i>	164
6.2. A Docência	167
6.2.1. <i>A docência, uma constante na Ordem</i>	167

6.2.2. A docência, um imperativo atual	168
6.3 A Investigação	169
6.3.1. A Comunicação na perspectiva da Ordem	169
6.3.2. A promoção da investigação na perspectiva do Terceiro Milénio	171

A INTEGRIDADE PESSOAL COMO BASE PARA A AÇÃO

7.1. A integridade como projeto de existência	177
7.1.1. Viver segundo os valores que configuram a pessoa	177
7.1.2. O homem, testemunha da Transcendência e do Amor	177
7.2. A consciência como motor da nossa ação	178
7.3. Consciência e retidão moral	180
7.3.1. O serviço ao homem doente e necessitado: «conditio sine qua non»	180
7.3.2. Graus de envolvimento pessoal na missão da Ordem	181
7.3.2.1. <i>Os Irmãos</i>	181
7.3.2.2. <i>Os Colaboradores</i>	182

CRIAR O FUTURO COM ESPERANÇA

8.1. Desafios do presente	187
8.2. Força profética da hospitalidade	189
8.3. Vitalidade humano-divina do carisma da hospitalidade	192

