

Diminui a pobreza em todo o mundo

Segundo estimativas do Banco Mundial recentemente publicadas, de 2005 a 2008 a pobreza diminuiu em todas as regiões do mundo. É a primeira descida geral desde que se começaram a elaborar estas estatísticas trienais, em 1981.

O número de pessoas em situação de pobreza extrema (com rendimentos inferiores ao equivalente a 1,25 dólares diários, segundo a definição convencional) baixou de 1.390 milhões (25,1% da população dos países em desenvolvimento – PED) em 2005, para 1.290 milhões (22,4%) em 2008. Não existem dados definitivos posteriores, mas os preliminares de 2010 indicam que a pobreza continuou a baixar e que já pode ter sido alcançado antes da data limite, 2015, o primeiro Objetivo de Desenvolvimento do Milénio (ODM): reduzir a pobreza em 50% relativamente a 1990.

Se isto se confirmar, significaria que a crise financeira e o encarecimento dos alimentos e dos combustíveis não impediram que os PED tenham continuado a prosperar em termos gerais. “No passado”, salienta Charles Keny, do Center for Global Development, “as crises económicas nos países ricos tinham um efeito significativo e imediato sobre os PED. Mas, desta vez, o impacto foi muito menor, e os PED não foram arrastados para uma recessão longa e uma recuperação lenta, na esteira dos Estados Unidos e da Europa” (“The New York Times”, 7-03-2012).

Naturalmente, embora a população em situação de pobreza extrema seja de 650 milhões menos do que em 1981, esses países continuam a estar muito longe da média dos países desenvolvidos. “Além disso, em 2015, continuarão a existir mil milhões de pessoas em situação de pobreza extrema”, afirma Martin Ravallion, diretor do Grupo de investigações do Banco Mundial e chefe da equipa que elaborou os dados. E, se se tiverem em conta as pessoas num estado de pobreza não extrema (até 2 dólares diários), constata-se que a redução não foi assim tão grande. Concretamente, o número de pobres, segundo esta definição, baixou 114 milhões entre 1981 e 2008: de 2.585 milhões (69,6% da população dos PED), para 2.471 milhões (43%).

A Ásia Oriental e o Pacífico são a zona onde houve mais progressos, sobretudo neste século. Aí, a pobreza extrema baixou de 77% da população em 1981, para 14% em 2008; em

1999, a taxa ainda era de 35%. Grande parte da melhoria deve-se ao espetacular avanço da China: de 84%, para 13%.

Na Ásia Meridional, a melhoria foi mais lenta, de 61% em 1981, para 36% em 2008.

A África Subsariana, a região com mais pobreza, conseguiu em 2008, pela primeira vez, baixar dos 50%, ao diminuir o número de pobres em 9 milhões de pessoas durante o triénio precedente.

O Médio Oriente e o norte de África têm uma taxa de pobreza extrema de 2,7%, que totaliza 8,6 milhões de pessoas.

Também as restantes regiões (América Latina e Caraíbas, Europa Oriental e Ásia Central) têm índices de pobreza extrema inferiores a 10%.

“Olhando para o balanço dos dados, estamos perante um tempo promissor na luta contra a pobreza”, conclui Jeffrey Sachs, ex-diretor do projeto ODM.

População que vive com menos de 1,25 \$ diários
 PPP 2005; percentagem e milhões de pessoas

Região		1990	1999	2002	2005	2008
Ásia Oriental e Pacífico	%	56,2	35,6	27,6	17,1	14,3
	milh.	926,4	655,6	523,1	332,1	284,4
China	%	60,2	35,6	28,4	16,3	13,1
	milh.	683,2	446,3	363,1	211,9	173,0
Europa Oriental e Ásia Central	%	1,9	3,8	2,3	1,3	0,5
	milh.	8,9	17,8	10,6	6,3	2,2
América Latina e Caraíbas	%	12,2	11,9	11,9	8,7	6,5
	milh.	53,4	60,1	62,7	47,6	36,8
Médio Oriente e norte de África	%	5,8	5,0	4,2	3,5	2,7
	milh.	13,0	13,6	12,0	10,5	8,6
Ásia do Sul	%	53,8	45,1	44,3	39,4	36,0
	milh.	617,3	619,5	640,5	598,3	570,9
África Subsariana	%	56,5	58,0	55,7	52,3	47,5
	milh.	289,7	376,8	390,4	394,9	386,0
Total	%	43,1	34,1	30,8	25,1	22,4
	milh.	1.908,6	1.743,4	1.639,3	1.389,6	1.289,0
Total excluída a China	%	37,2	33,6	31,5	27,8	25,2
	milh.	1.225,5	1.297,0	1.276,2	1.177,7	1.116,0

Fonte: Banco Mundial.

O novo código espanhol de ética médica aborda temas debatidos

O direito do médico à objeção de consciência, o atendimento dos doentes terminais e os testes genéticos são os principais temas que, pela primeira vez, têm capítulos próprios no novo código ético dos médicos espanhóis. O texto trata também, sem grandes novidades, de outros assuntos sobre os quais mudanças legislativas podem provocar conflitos: a reforma do aborto de 2010, ou um projeto de lei, sobre os direitos dos pacientes terminais, que acabou por não se concretizar.

O Código de Deontologia Médica, aprovado pela Organización Médica Colegial (OMC) em 2011, substitui o de 1999. Na apresentação pública, Juan José Rodríguez Sendín, presidente da OMC, destacou a dedicação de um capítulo novo à objeção de consciência. Pediu, além disso, que seja regulado o exercício deste direito, muitas vezes obstaculizado. “Não pode acontecer que, de cada vez que um médico queira aplicar o seu direito a objetar, tenha de travar uma batalha”.

Nos artigos sobre objeção, é feita uma precisão importante. Quando o sistema de saúde oferece intervenções sem estrita necessidade terapêutica (aborto a pedido, mudança de sexo, esterilização...), o médico conserva o seu direito não só à objeção de consciência como, também, a não ser forçado a intervir contra o seu critério científico e a sua opinião sobre o que é melhor para o doente. “A objeção de ciência”, salienta o Código, “tem uma proteção deontológica ao abrigo do direito à liberdade de método e prescrição, sendo diferente da objeção de consciência” (artigo 33.º).

Outro capítulo novo é dedicado ao atendimento médico no final da vida. O primeiro princípio deontológico é que, quando não é possível curar, o médico continua a estar obrigado a procurar o bem-estar do enfermo. Consequentemente, “nunca provocará intencionalmente a morte de nenhum paciente, nem sequer no caso de pedido expresso por parte deste” (artigo 36.º). Esta norma figura no Juramento Hipocrático.

O Código condena a “obstinação terapêutica” e manda respeitar os critérios do paciente, expressos, por exemplo, no documento de vontades antecipadas, “a não ser que sejam contra a boa prática médica” (artigo 36.º, n.º 4). Sobre outro ponto discutido, a sedação terminal (“na agonia”, afirma com mais precisão o texto), diz que “é científica e eticamente correta somente quando existem sintomas resistentes aos recursos terapêuticos disponíveis e se dispõe do consentimento do paciente, implícito, explícito ou delegado” (artigo 36.º, n.º 5).

Sobre os testes genéticos, outro capítulo novo, o Código sublinha a necessidade de ter o consentimento do doente – e dos restantes envolvidos no caso de investigação da paternidade ou da maternidade – e de guardar segredo sobre os dados obtidos.

O capítulo sobre reprodução humana começa por dizer: “O ser humano é um fim em si mesmo em todas as fases do ciclo biológico, desde a conceção até à morte” (artigo 51.º). E adverte pouco depois que, perante as possibilidades mais amplas de intervir na origem e princípio das vidas humanas, “nem tudo o que é tecnicamente viável é eticamente aceitável”.

Concretamente, o Código declara contrária à ética qualquer manipulação genética não terapêutica, assim como qualquer intervenção sobre o embrião ou feto “que não tenha uma clara finalidade diagnóstica ou terapêutica e que não redunde num benefício para ele” (artigo 53.º, n.º 1). Também se veta a clonagem humana e a criação de embriões para fazer experiências com eles (artigo 53.º, n.º 2). Estas duas proibições são reiteradas no capítulo sobre a investigação com seres humanos.

Rejeitam-se, além disso, os testes genéticos com objetivos eugénicos, ou para fixar o prémio de uma apólice de seguro.

A reprodução assistida só é admitida como último recurso “para resolver a infertilidade do casal uma vez esgotados os procedimentos naturais”. É proibida para mulheres que tenham atingido a menopausa ou tenham feito os 55 anos. Se se utilizarem estas técnicas, “o médico não deve fecundar mais óvulos do que aqueles que esteja previsto implantar, evitando embriões excedentes”, algo que a lei espanhola, pelo contrário, permite.

Em relação aos que sofrem de doenças sexualmente transmissíveis, o médico deve dizer ao paciente que está obrigado a informar o seu parceiro e que, se não o fizer, o mesmo médico terá de revelar o facto para proteger a saúde da outra pessoa (artigo 56.º, n.º 5).

A reforma que legalizou o aborto, a pedido, nas primeiras 14 semanas, coloca como um dos requisitos que a grávida tenha sido informada sobre os direitos e ajudas públicas à maternidade a que pode recorrer. Se optar por abortar, também lhe deve ser comunicado, em envelope fechado, aonde pode ir para receber assessoria antes e depois da intervenção. E para a validade do consentimento informado, há que explicar-lhe as possíveis consequências médicas, psíquicas e sociais do aborto. Esta última condição aplica-se igualmente aos restantes pressupostos de aborto. A lei não diz quem deverá disponibilizar essa informação no hospital público ou clínica autorizada. Entregar o envelope qualquer um pode encarregar-se disso. Mas é evidente que as explicações de viva voz muitas vezes irão recair no médico, pelo menos as relativas à natureza e aos riscos do aborto.

Por isso, havia interrogações sobre se um médico podia recusar dar à mulher essas informações exigidas pela lei, na medida em que estariam em causa um passo prévio ao aborto e o pressuposto da participação no processo. O Código Deontológico (artigo 55.º) precisa que o médico é obrigado a

fazê-lo, pois deve sempre comunicar aos pacientes tudo o que for necessário (prognóstico, opções, riscos...) para que avaliem a sua situação e possam decidir. Aquilo que não lhe impõe a deontologia, é dar a informação sobre outros assuntos exigida também pela lei, como uma relação de estabelecimentos aonde pode abortar ou os trâmites para o fazer. Tão-pouco a própria lei encomenda isso ao médico. Não parece, portanto, que se aplique aqui o direito à objeção de consciência.

O dever do médico é aconselhar o que considera melhor para o paciente, neste caso como em todos. Daí o Código, ao abordar o aborto, estipule que se uma mulher decide efetua-lo, nem por isso o médico fica dispensado de a informar sobre as ajudas sociais às quais teria direito se prosseguisse com a gravidez, assim como sobre “os riscos somáticos e psíquicos que, de forma razoável, possam derivar da sua decisão”. Ao mesmo tempo, a objeção de consciência ao aborto não exime o médico de informar a mulher sobre os requisitos legais, nem de “resolver, por si mesmo ou mediante a ajuda de outro médico, os problemas médicos que o aborto ou as suas consequências possam suscitar”.

O conselho deve ser sincero e leal. O médico deve proporcionar “informação adequada, fidedigna e completa sobre a evolução da gravidez e o desenvolvimento do feto. Não é conforme à ética médica negar, ocultar ou manipular informação para influir na decisão da mãe sobre a continuidade da sua gravidez”. E o Código começa o artigo sobre o aborto com esta declaração de princípios: “O médico está ao serviço da preservação da vida a ele confiada, em qualquer dos seus estádios” (artigo 51.º, n.º 1).

Os outros dois temas com capítulos novos são a dopagem de desportistas e a docência da Medicina.

É possível ter um acesso ao texto completo do Código de Deontologia Médica em

www.cgcom.org/sites/default/files/codigo_deontologia_medica_0.pdf.

“Mentes del Futuro”

“Future Minds”

Autor: Richard Watson

Viceversa. Barcelona (2011). 227 págs.

Tradução (castelhano):

Manuel Manzano.

Têm interesse, sem dúvida, os ensaios que procuram analisar os efeitos culturais da revolução digital. Este de Richard Watson é talvez mais um entre esses ensaios, embora a sua relevância se apoie na cuidada e ampla documentação de relatórios provenientes de universidades e centros de análise anglo-saxónicos.

O autor é um guru da previsão estratégica e do desenho de cenários futuros. No seu livro, descreve a situação atual e prevê um futuro protagonizado por gerações de *screenagers*, digitais nativos que nasceram e estão a crescer na cultura do ecrã.

Watson não é dos que se limitam a assustar com a descrição de apocalípticos cenários de estupidez e frivolidade cibernética. A sua preocupação com as carências que envolvem esse *habitat* cultural, que está a renovar a “instalação elétrica dos nossos cérebros”, não termina no mero diagnóstico da doença. Aconselha um tratamento inteligente e prático baseado na “dieta digital” e num elogio decidido da lentidão reflexiva e no sossego.

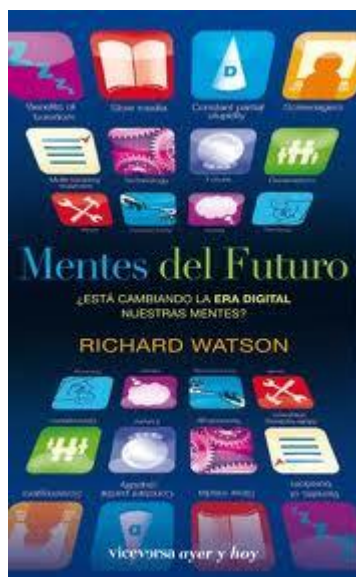
Ao longo do livro fica claro que as tecnologias digitais não são malvadas bugigangas. Como sempre acontece, é o utente quem as torna boas ou más. Watson critica sobretudo as atitudes acomodáticas dos que utilizam as novas tecnologias a partir da preguiça intelectual. Inclui neles, por exemplo, os que acreditam que a memória é o Google; os que se refugiam nas redes sociais para ocultar as suas deficiências no contacto humano; os que apreciam o elogio fácil, omnipresente nas redes ou que se contentam com explicações fáceis num mundo informativo digital que ignora o contexto.

Original e sugestivo é promover uma dieta digital. Perder quilos de urgências, distrações e ansiedades próprias do comportamento hiper comunicativo *on line*.

Mas não basta: à dieta baixa em calorias tem de se juntar o exercício de competências para governar serenamente a capacidade de atenção, aptidões que são facilitadoras do pensamento significativo. Talvez esta seja a principal virtualidade da obra de Watson: um leque de medidas destinadas a fazer dos cenários habituais, conquistados nos últimos tempos pelos aparelhos tecnológicos, espaços para o pensamento profundo.

Uma das medidas é alguma ascese de desconexão digital, mas Watson vai mais além: da organização de espaços arquitetónicos –recuperar os pórticos, diz Watson, e não se refere aos desportivos –, ao repensar das rotinas próprias do descanso – ouvir música que nunca se ouviu, passear por lugares novos e conversar com pessoas que não conhecemos –, passando por recuperar os “terceiros lugares” (terrenos intermédios que habitamos cada vez com mais frequência e que não são nem o lar nem o trabalho) para a prática qualificada da arte da conversa.

M. A. S. N.



Nota:

No nosso nº 590, pág. 18, onde saiu «empre-o», devia ter saído «emprego».