

75 ANOS

**«ACÇÃO MÉDICA» COMPLETA
NESTE MÊS DE JUNHO 75 ANOS
DE PUBLICAÇÃO ININTERRUPTA,
CONSTITUINDO O MAIOR ARQUIVO
EM LÍNGUA PORTUGUESA
DE ESTUDOS SOBRE ÉTICA,
FORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E
COMPORTAMENTOS.**

*Esperamos dedicar-lhe uma boa parte
do próximo número*

Branca



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

ANO LXXV, Nº 2

JUNHO 2011

Fundador

José de Paiva Boléo

Director

J. Paiva Boléo-Tomé
(paivaboleotome@gmail.com)

Sub-Director

Alexandre Laureano Santos
(a.laureano@netcabo.pt)

Administradora
Ana Sarmento
(antoniosarmento55@sapo.pt)

Redactores

Abel Sampaio Tavares
Laureano Santos

Luís Rosário
José Augusto Simões

Vitor M. Neto
José E. Pitta Grós Dias

Conselho Científico

Walter Osswald
Levi Guerra
Daniel Serrão

Henrique Vilaça Ramos
Jorge Biscaia
José Pinto Mendes

Lesseps L. dos Reys

Número de Identificação: 501983589

ISSN – 0870 - 0311 – INTERNATIONAL STANDARD SERIAL NUMBER

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

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

http://amcp.com.sapo.pt

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

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

Tiragem: 1000 exemplares

**ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS
CATÓLICOS PORTUGUESES**

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

DIRECÇÃO NACIONAL

Presidente: José Rueff Tavares

Vice-Presidente: João Paulo Malta

Secretário: Ana Félix

Tesoureiro: Ana Sarmento

Vogais: Margarida Neto

Aldina Brás

José Patena Forte

Rui Barreira

Assistente: Conégo Dr. José Manuel Santos Ferreira

Secretária: Maria de Fátima Costa

NÚCLEOS DIOCESANOS (PRESIDENTES)

Aveiro: Jorge Rodrigues Pereira

Braga: Maria Emília Duarte Oliveira

Coimbra: Augusto Pinto

Faro: Santos Matos

Guarda: Vítor Santos

Lisboa: Diogo Cunha e Sá

Porto: Nuno Trigueiros Cunha

Viana do Castelo: Avelino Gomes Amorim

Viseu: João Morgado

SUMÁRIO

ABERTURA: A crise e o seu fundamento	3
<i>J. BOLEÓ-TOMÉ</i>	
Um caminho da Medicina: do Homem Biológico ao Homem Social	5
<i>Alexandre LAUREANO SANTOS</i>	
«Ars Medica», técnica e ética	20
<i>Henrique VILAÇA RAMOS</i>	
A arte de envelhecer	33
<i>Armando PORTO</i>	
TEMAS ACTUAIS	
• Educar ou perverter	45
Comentário de <i>J. BOLEÓ-TOMÉ</i>	
A – A EDUCAÇÃO SEXUAL	
1 – Notas críticas sobre o documento emitido pela O.M.S. sobre Educação Sexual	46
<i>Ermanno PAVESI</i>	
2 – Declaração da F.E.A.M.C. sobre o documento da O.M.S.	55
<i>François BLIN e Hans STEVENS</i>	
B – A “IDEOLOGIA DO GÉNERO”	
1 – A utopia da igualdade e a «ideologia do género»	56
<i>Lucetta SCARAFFIA</i>	
2 – Entre sexo e género	64
<i>Pedro VÁZ PATTO</i>	
3 – Homofilia e Liberdade	66
<i>Pe. John FLYNN, e Jesus COLINA</i>	
4 – Orientações sexuais: quantas?	77
<i>Babette FRANCIS</i>	
NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS	
• Células Estaminais - Congresso	85
«ACÇÃO MÉDICA» HÁ 50 ANOS	85
RESUMOS	97
ABSTRACT	101

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Pagamento adiantado

Associados da A.M.C.P.: desde que a quotização esteja regularizada recebem a revista sem mais qualquer encargo. Por ano ... 37.50 €

Não Associados:

<i>Portugal</i>	
Um ano (4 números)	20,00 €
Avulso	5,00 €
<i>Estrangeiro</i>	
Acrescem as despesas de envio	
<i>Estudantes</i>	10,00 €

A CRISE E O SEU FUNDAMENTO

«Estamos a viver uma profunda crise moral e esta crise não pode ser corrigida por políticos, mas sim pelos educadores».

Não, não são palavras do Papa ou de qualquer moralista. São palavras de um médico e filósofo, catedrático de História da Medicina e Bioética na Universidade Complutense, de Madrid. O seu nome é Diego Gracia e acaba de receber o prestigiado Prémio Ethos de Bioética¹.

«Profunda crise moral» - terrível diagnóstico do estado de uma sociedade que se supõe desenvolvida e exemplar. Crise que não pode ser corrigida por políticos porque, em boa parte, foram eles que tornaram possível que aquilo a que agora se chama “Educação” mais não seja do que o relativismo de valores.

Diego Gracia chama a essa suposta educação a «racionalidade instrumental e estratégica», numa linha puramente pragmática: valor é o que se compra e vende, não interessa como. Por isso, o que existe e se transmite às novas gerações é um “credo de mercado”, sem pátria e sem identidade, isto é, sem uma base ética sólida e constante, necessária como referência para um caminho educativo seguro. Este “credo de mercado”, em que o valor é substituído pelo preço, está a afundar aquilo a que se continua a chamar “o Ocidente” (Prof. Adriano Moreira).

¹ Prémio instituído pelo Instituto de Bioética da U.C.P., com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian, da Fundação EDP e de José Melo Saúde. O Prémio foi entregue ao Prof. Gracia pela Sra Dr^a Maria Cavaco Silva, em cerimónia solene com a presença do Reitor da U.C.P., Professor Manuel Braga da Cruz, do Professor Adriano Moreira, que fez o elogio do homenageado, e da Prof^a Ana Sofia Carvalho, Directora do Instituto.

O domínio do relativismo moral, autor e promotor da crise, e que se apoderou de praticamente todos os organismos e instituições supra-nacionais, está na base do tal «objectivo falhado» em educação, a que me referi noutra lugar². O próprio legislador o reconheceu, no preâmbulo da Lei de 2001, que representou mais uma tentativa para “emendar a mão”, na confusão educativa que tem sido a marca da sociedade, desde que os Valores foram arrumados como velharias.

«É preciso educar os jovens de outro modo». Quando a estrutura de valores de referência é destruída ou posta em causa, todo o edifício educativo desaba. Educar os jovens de outro modo significa, sem qualquer dúvida, reconstruir os princípios educativos sólidos e permanentes, assim como os métodos pedagógicos que neles devem encontrar o seu fundamento. Só partindo de valores intrínsecos que colocam a dignidade do Ser acima das teorias ou modas acidentais, se encontra o verdadeiro caminho educativo.

Colocar novamente os valores de referência no lugar firme, estável, próximo ou distante mas sempre presente, como farol que permanece, qualquer que seja o temporal, é esse o trajecto eficaz. Educar, tendo como base referências sólidas, é um combate sem tréguas, mas é igualmente uma constante e apaixonante interpelação.

Tomemo-lo como um desafio à nossa capacidade humana, descobrindo e desenvolvendo os dons que nos foram oferecidos. Esse deverá ser o caminho da nossa história pessoal como parte da construção de um mundo melhor.

J. BOLÉO-TOMÉ

² J. Boléo-Tomé – Pensar Educação: tentativa de definição de valores e modelos de comportamento. In «Acção Médica», 2007, 3-4.

UM CAMINHO DA MEDICINA: DO HOMEM BIOLÓGICO AO HOMEM SOCIAL*

A. Laureano SANTOS

1. Introdução

O exercício da medicina tem sido tributário de todos os domínios do conhecimento que contribuíram como instrumentos na luta contra as maiores ameaças à vida do homem - a dor, a doença e a morte prematura. Neste texto far-se-á uma tentativa de um breve relato do percurso da prática clínica nas sociedades ocidentais desde o início da segunda metade do século XIX, dando realce à medicina que se praticou nos principais centros urbanos do nosso país. O objectivo dos cuidados de saúde é o homem situado numa comunidade concreta, num modo de ser, numa época, numa sociedade. Os cuidados da saúde e os seus agentes refletem as tendências das sociedades onde se praticam, nomeadamente no que se refere aos vectores dominantes na cultura. O inverso também se verifica: isto é, as circunstâncias do exercício da medicina moldam os modos de agir e caracterizam as sociedades. Não são hoje os indicadores da saúde índices preferenciais da evolução, da economia e do bem estar das sociedades? Por outro lado, a medicina foi sempre uma actividade social por excelência: um encontro entre as fragilidades

* Comunicação ao I Fórum Nacional Humanização na Saúde, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 14 Junho 2011.

da vida humana (ou das suas vulnerabilidades) e as capacidades que a sociedade pode mobilizar para tentar minimizar as doenças, o sofrimento e a morte.

2. O modelo biomédico

Entre 1830 e 1842 **Augusto Comte** publicou os seis volumes da primeira edição do seu “*Curso de Filosofia Positiva*”. A partir de 1836 **Charles Darwin**, tendo completado a sua viagem à volta da terra na “*Beagle*”, propôs uma teoria unitária da evolução dos seres vivos e publicou “*A Origem das Espécies*” (1859). **Von Helmholtz** (1821-94), médico e físico alemão pôde afirmar então: “*ou a Medicina se transforma numa ciência natural ou não será nada*”.

Neste período, era já evidente o predomínio de uma perspectiva científica na interpretação da realidade assentando nos seguintes princípios:

1 – apenas a observação da realidade objectiva através dos sentidos permite o conhecimento científico; 2 – os factos observados permitem estabelecer relações de causa e efeito; 3 – quando os dados são mensuráveis o saber ganha rigor e perfeição; 4 – o saber científico evolui quando formula leis cada vez mais gerais. O estudo da vida tomou o corpo de ciência quando **Lamarck** cunhou a designação de Biologia para a interpretação científica dos fenómenos da vida (*Lamarck e Trevaranus, 1802*). **Lineu** e **Buffon** iniciaram uma descrição racional e sistemática dos animais e das plantas. Foram então fundamentais dois marcos na história da Biologia: o Evolucionismo Darwiniano e a Teoria Celular de Virchow.

A concepção positivista da evolução da vida foi proposta inicialmente por Lamarck que afirmou que todas as espécies procedem de outras mediante três mecanismos: a influência do meio; o uso e o desuso dos órgãos; a transmissão dos caracteres adquiridos às gerações seguintes. O evolucionismo de Darwin que lhe sucedeu expressa-se por três axiomas: 1 – todas as espécies vivas procedem

da paulatina transformação de outras espécies; 2 – a transformação resulta de uma luta pela sobrevivência com a persistência dos mais aptos; 3 – os caracteres morfológicos e fisiológicos adquiridos transmitem-se hereditariamente.

A Biologia enfrentava um problema insanável que era o do desconhecimento do que representava a unidade fundamental dos seres vivos: a célula adulta e a sua origem. **Rudolf Virchow** (1821-1902), porventura a maior figura da Biologia e da Patologia modernas, foi o verdadeiro fundador da doutrina da geração unívoca das células. O princípio “*omnis cellula e cellula*” (toda a célula procede de outra célula, 1858) mantém-se até hoje como um axioma da Biologia. Virchow propôs este princípio a partir de três séries de observações: a cicatrização das feridas da córnea, uma estrutura desprovida de vasos não podendo as células neoformadas derivar de exsudados acelulares tal como generalizadamente se admitia; a histogénese dos tecidos conjuntivos e cartilágíneos; e o exame sistemático da proliferação das células neoplásicas. Sublinhe-se que Rudolf Virchow era um militante social activo e participativo, lutando por melhorar os sectores mais pobres da sociedade alemã do seu tempo. Em plena origem da medicina positivista aí já se encontrava o gene da medicina social...

Três vectores distintos vieram a ocorrer no desenvolvimento da medicina na segunda metade do Séc XIX e na primeira metade do séc XX, progredindo a combinar-se, a sobrepor-se e a entrecruzar-se na prática médica mais evoluida de então: a) - a atitude anatomoclínica, apoiada no estudo das lesões anatómicas e no seu cotejo com os sintomas do doente; b) – a mentalidade fisiopatológica, dominada pela vertente funcional e bioquímica do corpo humano; c) – a mentalidade etiopatogénica, dominada pelas causas e pelas origens materiais das doenças.

Todos os desenvolvimentos assentaram numa epistemologia de matriz marcadamente positivista.

a) A medicina francesa teve o mérito de ter dominado a mentalidade anatomoclínica. Dizia **Bichat**: “*a medicina tem o direito de se aproximar das ciências exactas no que toca à metodologia do diagnóstico das doenças, visto que a observação rigorosa dos doentes permitirá uma avaliação das alterações que existem nos seus órgãos.*” Como precursores distinguiram-se muitos clínicos brilhantes em França: **Corvisart** e **Laennec** adestraram-se no cotejo do quadro necrótico de cada caso com a sua clínica. Laennec criou a auscultação do coração, do pulmão e dos grandes vasos, identificando os principais sinais auscultatórios da dilatação brônquica, do edema pulmonar, da tuberculose pulmonar cavitada, das manifestações das valvulopatias cardíacas. Publicou em 1819 o seu “*Tratado de Auscultação Mediata*” tendo morrido de tuberculose muito precocemente. A metodologia anatomoclínica dispersou-se por toda a Europa culta do seu tempo tendo brilhantes cultores no Reino Unido e na Irlanda, como **Bright** no estudo do rim, **Addison** no estudo das doenças da supra-renal, **Hodgkin** no estudo dos linfomas, **Graves** no estudo da tiroideia e dos edemas, **Corrigan** e **Stokes** nos pulsos, coração e grandes vasos. Da mentalidade anatomoclínica resultou uma colecção de sintomas e de sinais físicos baseados numa observação e numa descrição minuciosas do corpo dos doentes que permitia interpretar a presença e a evolução das doenças, todos fundamentados na disciplina da anatomia patológica (e também nos dados das explorações cirúrgicas). O advento de novas técnicas exploratórias desenvolvidas a partir do século XX, baseadas no desenvolvimento científico e tecnológico e elas próprias nascidas como legados do positivismo científico (raios x, radiações ionizantes, ultrassons, tecnologia electrónica e tecnologias informáticas) permitiu a observação das lesões ocultas do corpo humano tornando-o transparente aos nossos olhos. As doenças foram catalogadas e classificadas como entidades autónomas desligadas do seu contexto humano, utilizando uma metodologia de diagnóstico precisa e critérios de identificação bem definidos pelas comunidades

científicas, copiando os modelos das classificações taxonómicas e sistemáticas derivados das ciências naturais. Tais são os pressupostos das actuais Classificações Internacionais das Doenças da OMS.

b) **Claude Bernard** afirmou em 1856: “*Considero o hospital apenas o vestíbulo da medicina, como apenas o primeiro campo de observação do médico, mas o verdadeiro santuário da ciência médica é o laboratório*”. A patologia seria apenas verdadeiramente compreendida quando fosse possível medir as alterações energéticas e materiais pelas quais os fenómenos da vida se manifestam na saúde e na doença. Assim, os sinais das doenças deveriam ser mensuráveis, representáveis em gráficos e em tabelas fiáveis, avaliados na sua evolução e nas suas tendências, agrupados em series lógicas e comparáveis (curvas térmicas, curvas de variáveis laboratoriais, gráficos de pulso, gráficos funcionais, sinais representáveis em instrumentos automáticos com avisos e alarmes), que podem exprimir realidades novas e insuspeitadas. Criaram-se, assim, as provas funcionais dos órgãos (coração, pulmão, rim, fígado, tubo digestivo, diabetes, sistema endócrino). Generalizaram-se os laboratórios de análises e de medicina experimental. Os registos clínicos transformaram-se em gráficos, tabelas e em colecções de números, e os processos em agregados de documentos nos quais as figuras das pessoas do doente, do médico e do enfermeiro aparecem cada vez mais diluídas e mais distantes.

c) Na segunda metade do século XIX, **Pasteur** e **Koch** admitiram ter provado de modo inquestionável que a maior parte das doenças podiam ser produzidas pela introdução de um único agente específico (um germe virulento) num organismo até então sadio. As doenças seriam produzidas pelas lesões de ordem anatómica, fisiológica ou bioquímica, sempre desencadeadas por agentes externos que eram a causa das doenças nos órgãos. Estas lesões poderiam ser confirmadas experimentalmente em modelos animais seguindo o modelo positivista da interpretação das causas e dos efeitos na explicação da natureza. Passou a admitir-se que as

doenças poderiam ser produzidas por infecções de agentes animados de multiformes configurações – bactérias, vírus, rickettsias, fungos e outras formas subsidiárias. Criou-se, finalmente, a esperança de uma explicação “segura e definitiva” para o conhecimento universal das doenças e das suas causas. Os conceitos de desarmonia entre os doentes e o meio em que viviam, as teorias dos humores e dos miasmas, há muitos séculos prevalecentes como explicação das doenças, caíam pela base mediante a demonstração de estruturas animadas de uma vida primitiva que eram muito agressivas para o corpo humano e explicavam as doenças. Por analogia, demonstrou-se que muitas outras doenças eram provocadas por causas específicas, não já por bactérias ou por vírus mas por deficiências alimentares, por perturbações metabólicas, por alterações do desenvolvimento embrionário, pelo contacto com substâncias tóxicas, pela exposição a radiações ou por alterações do sistema imunitário. Sendo conhecidas as causas das doenças haveria de encontrar-se um meio destas poderem ser controladas pela identificação de antídotos específicos. Estava aberto o caminho para a luta contra os agentes das doenças. E para o enorme desenvolvimeno subsequente da indústria farmacêutica...

3 - O modelo biomédico em Portugal

A medicina portuguesa do início do Século XX era essencialmente clínica e assente nos esquemas clássicos da Matéria Médica, um misto de conhecimentos empíricos e tradicionais. Em 1900 Portugal havia cerca de 6.000.000 de habitantes que no século que terminara se tinham envolvido em terríveis lutas fratricidas e conhecido surtos de emigração maciça de quase um décimo da sua população, sobretudo para o Brasil.

Dois homens foram os principais instigadores da renovação da medicina portuguesa no início do século: **Câmara Pestana** (1863-1899) e **Mark Athias** (1875-1949). O primeiro, apoiado por **Sousa Martins**, depois de ter terminado o curso de medicina, fez um

estágio em Paris no Instituto Pasteur. Após o regresso a Portugal empreendeu a criação de um instituto bacteriológico, o que apenas veio a concretizar-se depois da sua morte que ocorreu após ter sido contaminado numa epidemia de peste no Porto. Mark Athias também estudou em Paris. Regressado a Portugal criou o primeiro laboratório de Histologia num minúsculo gabinete da Escola Médico-Cirúrgica. Foi professor de Fisiologia da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Em 1906 realizou-se em Lisboa, no edifício do Campo de Santana, o XV Congresso Mundial de Medicina cujo presidente foi **Miguel Bombarda**. Teve mais de 2000 congressistas vindos de 27 países. Nos 20 volumes de actas podem encontrar-se 134 temas de estudo e cerca de 500 comunicações onde se podem ler nomes como os de William Osler, Von Bergman, Ramon e Cajal e Alexis Carrel.

O ano de 1911 foi simbólico para a medicina portuguesa. Com a Revolução da República criaram-se novas universidades – em Lisboa e no Porto – com novos currículos do ensino médico nas faculdades. As velhas Escolas Médicas de Lisboa e do Porto, às quais durante muito tempo fora negado o estatuto universitário, foram integradas nas universidades e foram criados novo conteúdos inspirados no modelo positivista. Nos primeiros anos dos cursos havia as cadeiras básicas que estavam instaladas em institutos (Anatomia, Histologia, Fisiologia, Anatomia Patológica, Química Fisiológica, Farmacologia). Estavam criadas as condições de um ensino da medicina que permitia aos jovens estudantes contactar com a ciência contemporânea, fazer estágios no estrangeiro, manter um diálogo com um mundo científico e até marcar a sua presença nas reuniões internacionais.

Seria injusto não destacar na transformação da medicina portuguesa a presença em Portugal do Prof. **Friedrich Wohlwill** (1861-1958), discípulo directo de Rudolf Virchow. Veio da Alemanha para o nosso país antes da Segunda Grande Guerra. Partiu depois para os EUA tendo deixado em Portugal numerosos discípulos que moldaram o exercício da medicina subsequente (**Pulido Valente**,

Fernando da Fonseca, Jorge Horta, Arsénio Nunes e uma plêiade de notáveis discípulos).

4 - Os hospitais. A prática clínica.

O conjunto dos conhecimentos e das tecnologias da medicina positivista estão bem expressos no que constitui o hospital dos dias de hoje, para tantos um dos símbolos privilegiados do desenvolvimento das sociedades. Neles trabalham equipas complexas especializadas em saberes e artes complementares. Neles existem médicos, enfermeiros e técnicos, agrupados em equipas estruturadas nas quais homens e mulheres estão a percorrer uma carreira profissional, a aprender, a ensinar e a investigar. Aí se reúnem os meios humanos e materiais destinados a facultar a assistência aos doentes, se processa a maior parte do ensino pré-graduado e pós-graduado da medicina, da enfermagem e dos técnicos. Criaram-se hospitais dedicados a certos sectores do exercício da medicina que tendem a reproduzir o modelo das grandes unidades hospitalares (Pediatría, Obstetrícia, Psiquiatria, Oncologia, Ortopedia, Oftalmologia). Estas instituições constituem o efeito das conquistas científicas da medicina operacional e, por outro lado, a própria condição do seu desenvolvimento. O modelo é irreversível e necessário. Apenas nestas circunstâncias é possível tratar doenças complexas, avaliar criticamente os conhecimentos, promover e criar a circulação da informação e criar a massa crítica que constitui o próprio motor da evolução das ciências e das tecnologias.

A luta contra a infecção, de início com os agentes etiotrópicos derivados da tecnologia dos corantes, depois com o advento da antibioterapia iniciada por **Fleming**, com a utilização da imunoterapia e as vacinações generalizadas, facultou a sobrevivência de muitos milhões de doentes e permitiu a irradiação de algumas doenças que durante milénios foram uma terrível ameaça para a espécie humana. Noutras áreas, como nos domínios da circulação sanguínea, tem sido

possível dominar alguns dos factores de risco vasculares (como a hipertensão arterial) e influenciar a evolução da placa aterosclerótica e atalhar a história natural de numerosas doenças que são a causa primeira de morte e de incapacidade nas sociedades ocidentais.

O desenvolvimento das técnicas de reanimação (da reanimação respiratória, da reanimação cardíaca e do equilíbrio hidroelectrolítico, com a possibilidade da reposição pronta dos fluídos e da recomposição do meio interno) permitiu a criação das unidades de tratamento intensivo e algumas intervenções na intimidade dos órgãos, facultando o desenvolvimento de todos os tipos de cirurgias, de substituição de órgãos, de próteses e de transplantes. A imunologia desvendou os mecanismos patogénicos de numerosas doenças até então misteriosas, facultou o conhecimento dos grupos tissulares e as regras da sua compatibilização, permitindo os transplantes de órgãos e a sua viabilidade prolongada. Abriu-se o caminho para as neurociências, para a biologia molecular, para os estudos dos mecanismos íntimos da transmissão da vida com a descrição dos genomas de algumas espécies tendo sido criadas as expectativas de uma terapêutica genética para numerosas doenças humanas. O desenvolvimento de grandes ensaios clínicos com metodologias rigorosas permitiu conhecer com exactidão o que é errado, o que é possível e o que é provável. Permitiu sobretudo conhecer com rigor as margens do erro das nossas formulações.

5 - O modelo bio-psico-social

Em todas as sociedades contemporâneas coloca-se em questão o modelo biomédico da prestação dos cuidados de saúde que acabámos brevemente de descrever. Os argumentos para impôr limites ao modelo positivista são de múltiplas origens que poderão incluir-se em três áreas do estudo da sociedade: histórica, social e económica. Na verdade, o prolongamento da vida humana, a diminuição drástica da mortalidade infantil e da mortalidade pelas doenças infecciosas

são dados incontestáveis. Mas coloca-se a interrogação: em termos globais estas melhorias derivaram das condições do exercício da medicina segundo o modelo que foi descrito ou da melhoria das condições gerais, económicas e sociais ligadas à industrialização e à produção de bens? Analisando as estatísticas durante dezenas de anos no Reino Unido **McKeown** demonstrou que a queda da prevalência e da mortalidade pela tuberculose estava mais ligada à melhoria das condições de vida dos bairros pobres do que à utilização dos métodos de luta directa contra a doença (diagnóstico precoce com a contribuição da radiologia e dos tuberculostáticos). Na verdade, a tuberculose era dez vezes mais prevalente nos bairros pobres do que nos outros bairros. Sublinhe-se que as medidas de higiene aplicadas e os progressos na luta contra as epidemias assentaram nos conhecimentos biomédicos e nos dados resultantes da atitude positivista no conhecimento.

Outro exemplo característico é a luta contra as epidemias de origem hídrica como a febre tifóide e a cólera. As medidas de salubridade, de higiene, de educação sanitária e de intervenção social são muitíssimo mais eficazes do que as medidas de tratamento individual dos doentes (embora a luta compreenda, evidentemente, estas duas vertentes complementares).

Efectuaram-se trabalhos de avaliação sob a influência das críticas ao modelo biomédico sobre o estado sanitário de uma determinada área geográfica comparando as variáveis dos dados sanitários relativos às intervenções biomédicas (número de médicos e de outros membros de pessoal sanitário, despesas de saúde, instalações) e as variáveis relacionadas com os factores sociais (rendimento médio, distribuição das classes sociais, densidade e características da população, habitação). A conclusão tem sido sistematicamente a mesma: à escala regional e nacional os factores sociais têm maior impacto sobre a saúde do que os factores de ordem médica ou estritamente sanitária.

Por outro lado, a existência de sistemas de apoio social na saúde e as pressões da sociedade conduziram a um excesso de utilização de medicamentos sem benefícios pessoais e com repercussões negativas sobre os seus utilizadores. Por exemplo, o consumo excessivo de tranquilizantes, de hipnóticos e de antidepressivos está ligado ao aumento das quedas e das fracturas nas pessoas idosas e ao aumento da incidência de acidentes com máquinas pesadas. Demonstrou-se que, em certos períodos, mais de metade das apendicectomias e das amigdalectomias eram inúteis e, portanto, prejudiciais. Existe nas sociedades actuais de economia evoluída uma sobreutilização de muitos fármacos etiotrópicos, nomeadamente de antibióticos. Há múltiplos estudos que demonstram a prescrição inútil de medicamentos nas pessoas idosas sendo muito significativa a presença nas urgências hospitalares de intoxicações medicamentosas. O emprego sistemático de certos grupos de medicamentos não se acompanha de ganhos na saúde, o que tem repercussão na utilização de recursos que poderão ser utilizados noutras áreas, nomeadamente nos equipamentos sociais, na educação para a saúde e na prevenção das doenças, com resultados globais muito mais favoráveis.

Muitas doenças mais prevalentes em certos grupos etários ou em grupos com comportamentos sistemáticos de risco como os comportamentos aditivos e as toxicofilias (o alcoolismo e o consumo de estupefacientes), o tabagismo, a SIDA, os acidentes de viação, os acidentes de trabalho e as doenças profissionais, poderiam ser largamente evitados com atitudes preventivas. Em todos estes casos o tratamento curativo das doenças manifestas é muito mais penoso para os doentes, mais demorado e muitíssimo mais caro do que a utilização generalizada das medidas preventivas. Sublinhe-se que, ainda aqui, a aplicação das medidas preventivas só poderá ser efectivada com o conhecimento aprofundado da epidemiologia das doenças, ciência que utiliza todos os princípios da medicina científica aplicada aos estudos da biologia, do meio ambiente, da sociedade e dos comportamentos individuais e colectivos.

6 – O Estado Providência

Aquilo que hoje nos parece uma conquista da civilização ocidental e dos países de economia evoluída, a responsabilidade dos governos na condução de políticas que garantam o apoio na maternidade e na infância, a protecção às famílias e às comunidades, a protecção no desemprego e o apoio na senilidade desprotegida, tal como hoje os concebemos, foi proposto por **Lord Beveridge**, um político conservador do Reino Unido ainda durante a Segunda Grande Guerra. Foi este o padrão que se desenvolveu no após-guerra em muitos países europeus, seguindo o que se designou por *Welfare State* ou o Estado Providência. O sistema teve grandes benefícios, permitiu diminuir o sofrimento de muitas populações na Europa e estender a muitos grupos desprotegidos os benefícios dos cuidados na doença, no desemprego e nas idades fronteiras da vida humana. Contribuiu também para uma visão sistémica das políticas de saúde, o que teve uma enorme repercussão nos anos subsequentes. Estas políticas só foram possíveis porque os estados europeus tiveram um enorme crescimento da sua riqueza no período que mediou entre 1945 e 1972, com crescimentos do seu produto interno bruto em torno dos 5% ao ano, criando a possibilidade de atribuir grandes volumes de recursos financeiros às áreas sociais. Criaram-se redes sociais baseadas em serviços públicos de acesso universal com iguais benefícios para todos os cidadãos. Assim, a saúde de todos e de cada um dos portugueses faz parte de um património comum do qual todos beneficiam, principalmente aqueles que foram atingidos pela doença, pela incapacidade, pela senilidade ou pela miséria. Por outro lado, fazendo parte de um bem comum os cuidados de saúde, constitui um dever ético a participação activa de todos os cidadãos, nomeadamente no âmbito da compreensão, da utilização e da manutenção de todo o sistema de distribuição dos bens relativos à saúde.

Por limitações financeiras, está hoje em plena discussão o Estado Providência da primeira geração, sendo necessárias reformas e modelação de alguns benefícios em função da redução dos recursos financeiros globais libertados pelas actividades económicas e os acréscimos dos custos, nomeadamente resultantes das alterações demográficas. Essa é uma tarefa dos dias de hoje que não poderá ser adiada sob pena de uma falência catastrófica do sistema.

7 – A saúde é um conceito global

O homem é um ser em situação. Está ou deve estar situado numa família, numa comunidade, numa cultura, num meio ambiente, numa economia e numa pátria. Sem estes elementos sofre, definha, adocece e não tem condições para desenvolver em plenitude todas as possibilidades do seu ser. A saúde depende de um estado de equilíbrio activo e dinâmico entre o homem e o seu meio biológico, físico, social e cultural, o qual lhe permite desenvolver-se em todos os domínios de uma maneira integrada e harmoniosa.

As sociedades democráticas modernas reconhecem como um direito adquirido pela civilização que nenhum dos seus membros pode ser privado do acesso aos cuidados de saúde facultados pela sociedade, independentemente dos meios financeiros de que pode dispor para os pagar. A Declaração Universal dos Direitos do Homem dispõe que toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar a si e à sua família o acesso a certos bens que incluem a assistência na doença. A Constituição da República Portuguesa postula que todos os cidadãos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover. Este direito é realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral. A Lei de Bases da Saúde confirma que a protecção da saúde constitui um dos direitos dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do estado, dentro os limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros.

Na prestação de cuidados de saúde domina um certo número de valores e de princípios que devem ser realçados. O valor nuclear é o do *direito à vida e à dignidade humana*. Todas as pessoas são portadoras de igual dignidade, sejam quais forem os seus estados de saúde ou de doença, as suas características de sexo, idade, etnia, religião e de comportamentos. Os portadores de doenças crónicas, ainda que tenham graves limitações do seu estado de consciência ou de capacidades motoras, as pessoas que têm cronicamente comportamentos anti-sociais ou que colocam em risco a própria vida ou a de outrem, em nome da dignidade humana devem ser tratadas com os meios disponíveis na sociedade.

O segundo valor é o da *solidariedade* para com as pessoas doentes ou sob um estado de particular vulnerabilidade. Elas são os destinatários privilegiados das intervenções nos cuidados de saúde. Quando se trata de estabelecer prioridades sociais devem ponderar-se os recursos devidos aos doentes mais carenciados, aos que têm menores possibilidades reivindicativas e aos que são dificilmente suportados pelas suas famílias.

O terceiro princípio é da *subsidiariedade*. As famílias e as comunidades, não conseguindo apenas por si encontrar soluções para os graves problemas dos doentes crónicos e incapacitados, devem organizar-se para poder responder através de corpos sociais intermédios, criados e adaptados para responder às necessidades locais e às necessidades específicas de certos grupos. Estas instituições devem ser respeitadas e promovidas pelo Estado.

O quarto princípio é o da *justiça ou da equidade*. Sendo as necessidades globais superiores aos recursos disponíveis é necessário estabelecer um quadro de prioridades que conduza a uma justa e equitativa distribuição dos recursos com critérios previamente definidos. O princípio da justiça propõe que todas as pessoas sejam tratadas sem discriminação quaisquer que sejam os critérios eventualmente invocados e não exista arbitrariedade na atribuição dos direitos e dos deveres no acesso aos bens da saúde.

O quinto e último princípio que não pode deixar de ser invocado é o da *eficiência* na utilização dos meios. Sendo a saúde de todos um bem colectivo e os meios para a preservar limitados é absolutamente necessário que as decisões tenham em conta uma ponderada relação entre os custos e o real benefício dos actos praticados. Deve considerar-se que qualquer decisão num sentido implica o sacrifício dos recursos disponíveis em áreas afins. Isto é, o benefício da satisfação de uma determinada necessidade tem um custo que teria uma equivalência no benefício que existiria se os mesmos recursos fossem utilizados de uma forma alternativa. Estes assuntos têm uma relação directa com os conhecimentos científicos, os comportamentos, a cultura, a economia, o desenvolvimento global das sociedades. Devem ser objectivamente discutidos nas sociedades actuais e com particular empenho pelos seus intervenientes directos.

Os sistemas de prestação de cuidados de saúde constituem generalizadamente um patamar elevado e um indicador da cultura humanista. Na sua avaliação não se deve cair em dicotomias estereis e paralisantes. Coloca-se em muitas sociedades contemporâneas o dilema de se admitir que os recursos disponíveis são insuficientes para cobrir os custos dos bens da saúde. Esta é uma das grandes questões que alimenta por um lado a angústia mas também a esperança de uma solução nas sociedades dos nossos dias.

Bibliografia

- 1 - Entralgo, P Lain. Historia de la Medicina. Tomo 6. El Positivismo.
- 2 - Tubiana, Maurice. História da Medicina e do Pensamento Médico. Editorial Teorema. Lisboa, 1995.
- 3 - Meyer, Philippe e Triadou, Patrick. Leçons d'histoire de la pensée médicale. Éditions Odile Jacob. Paris, 1996.
- 4 - Mendo, Paulo. Falando de Saúde. Ministério da Saúde. Lisboa. 1995.
- 5 - Celestino da Costa, Jaime. A geração de 1911. Origem, realização e destino. In: O ensino médico em Lisboa no início do século. Sete artistas contemporâneos evocam a geração médica de 1911. Págs. 43-76. Edição da Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa, 1999.

ARS MEDICA, TÉCNICA E ÉTICA¹

Henrique VILAÇA RAMOS

1 - *A ars medica*, isto é, a medicina como arte, foi o rosto da medicina ao longo de milénios, mas com o advento da medicina científica esse rosto foi-se alterando na exacta medida em que a própria ciência progredia. Antes, a mão do médico era guiada, em maior ou menor grau, por credices ou perspectivas mágicas, matizadas por algum conhecimento empírico, sobretudo na área do diagnóstico. Os fármacos utilizados e os gestos interventivos praticados pelo médico desembocavam mais frequentemente na iatrogenia que no sucesso terapêutico. Essa realidade foi bem espelhada pelo nosso Bocage no seguinte epitáfio:

*Aqui jaz um homem rico
Nesta rica sepultura:
Escapava da moléstia
Se não morresse da cura*

Olhando para essa época de profunda ignorância científica, é muito fácil ceder à tentação de pensar que a intervenção do médico era quase inoperante. Mas se o médico pouco tinha para oferecer

¹ Conferência António Robalo Cordeiro, no Congresso de Pneumologia do Centro, Viseu, 17 Junho 2011.

que fosse verdadeiramente eficaz, quer em fármacos, quer em gestos interventivos, sobrava-lhe a capacidade de estar com o doente, de o ouvir e de o compreender, numa atitude compassiva, movido pela solicitude que advém da empatia com o ser humano que sofre. E essa terá sido então, decerto, a faceta mais fecunda da arte de cuidar do homem doente. E se o médico de hoje, apesar de todos os progressos científicos, continua a ser um poderoso agente iatrogénico, não lhe fica mal uma boa dose de humildade ao considerar a qualidade da medicina pré-científica.

Ao dizê-lo, não me assalta qualquer saudosismo em relação a uma medicina que se compadecia, é certo, mas que pouco mais podia fazer. É ao progresso científico que devemos a nossa actual e portentosa capacidade de prevenir muitas doenças e de curar ou aliviar a nossa corporeidade atingida pelo sofrimento. Capacidade que, se tem a sua raiz na ciência, deve o seu florescimento pleno ao desenvolvimento da técnica. É neste sentido vulgar falar-se de *tecnociência*, termo que vou usar sem com isto entrar na discussão dos vários significados que a palavra pode ter.

2 - A repercussão da tecnologia na medicina não se afere apenas pelo seu impacto nas suas tradicionais práticas médicas e cirúrgicas, pois foi mais além, dando azo ao aparecimento de novas valências de que a imagiologia é, porventura, o exemplo mais frisante.

É certo que todo este progresso tecnológico não altera aquilo que é a própria essência da medicina, mas é inegável que se verificou uma mudança de paradigma na arte de cuidar, uma verdadeira revolução cultural da medicina.

Que isto seja assim, isto é, que o progresso tecnológico seja causa de uma mudança de cultura e de mentalidades é algo que a própria história bem demonstra. O progresso tecnológico foi sempre motor de mudanças culturais, mesmo das mais profundas. E ao falar de cultura não me refiro só ao significado restrito da palavra, enquanto “criação intelectual e artística”, mas à cultura no seu sentido mais

amplo que engloba o estado de desenvolvimento de um grupo humano, caracterizado pelos seus “valores, instituições, criações, etc.”² Ora, contemplando a história do progresso tecnológico, é sabido que é possível distinguir quatro fases, correspondendo a outras tantas mutações culturais³. As três primeiras foram a época do homem primitivo, a agro-pastoril e a industrial, cada uma com características civilizacionais bem próprias, decorrentes das diferentes capacidades técnicas de que dispunham.

Estamos agora no alvor de uma quarta época que alguns chamam a *era tecnológica*. A máquina já não se limita a ampliar a força física, ela potencia a própria mente humana. Os avanços tecnológicos permitem substituir, no corpo humano, estruturas anatómicas danificadas, introduzir artefactos capazes de normalizar funções alteradas, e sobretudo, trazem a possibilidade de criação artificial, no organismo humano, de novas capacidades que a natureza não lhe conferiu. Estes desenvolvimentos tecnocientíficos não devem levar-nos a deixar na sombra, ofuscados pelo brilho dos seus êxitos, a enorme série de implicações éticas que todo este progresso suscita. Nesta linha, proponho-me considerar agora, em primeiro lugar, alguns problemas éticos ligados aos avanços técnicos em geral e à medicina em particular. No fim, irei abordar as consequências destes avanços para a relação médico-doente.

3 - Vejamos então o primeiro ponto: alguns problemas éticos suscitados pelos avanços da tecnociência.

3.1 - Desde logo, não podemos aceitar a posição daqueles que defendem a ideia da "autonomia da técnica", "segundo a qual os homens não decidem a orientação do desenvolvimento técnico", antes trabalham "compulsivamente pela actualização de tudo o que é tecnocientificamente possível"; e ainda menos se aceita o chamado imperativo tecnicista, que "apela à realização de tudo o

² Verbete *cultura*, in Dicionário Aurélio Seculo XXI, Ed. Nova Fronteira S.A., 1999

³ SGRECCIA E, *Bioética e tecnologia*, Manual de Bioética, Principia 2009, p.922-923

que é tecnicamente possível"⁴, na desgraçada linha de que o poder é dever. Mas, exactamente porque nem tudo o que se pode fazer deve ser feito é que se impõe a reflexão ética. Não podemos esconder, porém, que esta tarefa reflexiva não é fácil.

3.2 - Como é bem sabido, ao avaliar qualquer nova possibilidade aberta pela tecnociência, importa calcular não só os seus benefícios, mas também os seus riscos. Ora, frequentemente, a ciência não é capaz de prever, em cada fase do seu desenvolvimento, todas as consequências das novas técnicas que nela própria tiveram origem, nomeadamente quanto ao seu tipo e quanto à sua intensidade. Basta recordar o desastre da talidomida para ilustrar este conceito. Reconhecendo que não possuímos capacidade de previsão infalível e que há dificuldade em sustar a força da corrente que transporta as inovações proporcionadas pela tecnociência, temos então de aceitar a necessidade de reforçar os mecanismos de controlo das inovações e, no caso concreto da medicina, de dar especial relevo ao princípio da precaução que tão reclamado é no foro ambiental. Deste princípio decorre o sentido da chamada *moratória tecnológica*, já em prática, por exemplo, a propósito das chamadas plantas suicidas que foram criadas por engenharia genética de modo a produzirem sementes estéreis.

Por outro lado, a ponderação ética do progresso tecnocientífico pode exigir um tempo bem mais longo do que os defensores das tecnologias estão dispostos a conceder. Como bem nota Cérézuelle⁵, se tal tempo não for garantido pela lei, ou seja, se a lei não possibilitar o estabelecimento de uma moratória em relação a uma qualquer inovação da tecnociência, então “a ideia de avaliação e de prevenção do risco esvazia-se de conteúdo”. E aqui, a melhor solução talvez seja a de não deixar só às leis nacionais a defesa prática do princípio de precaução. Exemplo disto é, ainda, a questão das plantas suicidas

⁴ Hottois G. *Tecnociência*, in Nova Enciclopédia da Bioética, Instituto Piaget, 2003, p.604

⁵ Cérézuelle D, op.cit. p.77

que há pouco referi, a qual foi objecto de uma moratória imposta pela ONU ou a moratória que até 2004 a União Europeia estabeleceu para os alimentos geneticamente modificados.

3.3 - Os avanços da genética são, no campo da medicina, um exemplo muito concreto das questões éticas colocadas pelos avanços tecnocientíficos, pois que, ao lado das imensas virtualidades da sua aplicação clínica, existem abismos profundos em que facilmente se pode cair no desrespeito pela pessoa humana.

No que se refere à *terapia génica*, não há óbices de princípio, sem prejuízo, porém, das mesmas cautelas de qualquer outra terapêutica inovadora.

Muito problemático é o campo da *selecção da descendência*. Esta é habitualmente entendida como uma selecção de embriões previamente produzidos para esse fim concreto. As motivações para uma tal prática vão desde as altruístas às egoístas. No plano altruísta pode apontar-se o desejo de ter um filho que não seja portador de uma doença de que há incidência na família. Outras vezes pretende-se um filho capaz de ser dador compatível para um irmão já existente, portador de uma doença grave. Nas motivações egoístas situam-se os casos em que se almeja um filho alto e esbelto, sem taras genéticas, ou mesmo, como passava há pouco tempo um programa televisivo, um filho “com a cor dos meus olhos, mas sem a minha miopia, é claro”.

Estas aplicações resultam, no fundo, da tentação eugénica, de tão má memória e eticamente condenada, e que pode mesmo correr o risco da redução da diversidade humana pela produção de seres humanos todos perfeitos e todos iguais, até à primeira epidemia que ultrapasse as suas barreiras defensivas inatas. Como seria de esperar, a selecção embrionária é disponibilizada já hoje aos possidentes, mas não aos destituídos de recursos materiais, cavando ainda mais o fosso entre ricos e pobres. Mas, além disso, toda esta selecção embrionária tem um enorme óbice ético, pois a par da produção de embriões escolhidos terá lugar a rejeição de outros que vão ser excluídos.

Um novo exemplo das dificuldades de estimativa ética dos progressos tecnológicos reside na utilização que pode ser dada ao *conhecimento do genoma individual*.

Pode ser um enorme benefício o conhecimento do nosso próprio genoma. Benefício desde logo em termos de medicina preventiva, que pode levar a modificar estilos de vida, a realizar *check-ups* precoces e especificamente orientados para determinados riscos ou mesmo conduzir a cirurgias salvadoras da vida, como é o caso das portadoras de genes responsáveis pelos cancros hereditários da mama, com incidência que pode ir acima dos 80%. Todavia, esse conhecimento pode funcionar contra a pessoa, se ela se deixa deprimir com a descoberta de que irá padecer de uma doença para a qual não há qualquer tratamento eficaz.

Mas há mais questões relacionadas com este conhecimento genético. A partir do momento em que cada um pode ter a informação sobre o seu genoma, eventualmente gravado numa simples *pen*, outras entidades, que não o próprio, podem ter interesse em conhecer essa informação, desde empregadores até às seguradoras. A natural reacção que suscita esta possibilidade é a da sua recusa imediata. Mas será inteiramente correcta esta intuição? Com efeito, quem conhece, através do seu perfil genético, que tem um risco acrescido de doença grave pode ser levado a contratar um seguro de vida mais elevado⁶, o que na prática corresponde a uma má fé negocial. Por outro lado, quem sabe que tem um bom genoma pode desinteressar-se desse seguro, fazendo recair em todos os outros um preço de seguro que será forçosamente mais elevado⁷, ferindo dessa maneira o dever de solidariedade e o dever de protecção dos mais vulneráveis. Como vemos, a abordagem ética deste problema não pode ser feita de forma simplista, pois está longe de ser fácil.

⁶ Singer P, Gene Therapy, Times of India, 2006.10.19 in <http://timesofindia.indiatimes.com/articleshow/2200254.cms> (acedido em 2010.06.12)

⁷ Singer P, loc.cit.

O mundo da genética humana está cheio de questões éticas complexas e graves de que outro exemplo, reside do *patenteamento dos genes*. O “Department of Health and Human Services” dos Estados Unidos produziu, em 2010, uma resolução que estabelece interessantes diferenças entre situações legítimas e ilegítimas de patenteamento genético. Grande parte dos problemas que este tema suscita está ligada à ânsia de lucro por trás da pretendida defesa dos interesses da investigação.

Como estamos longe da verdadeira ciência desinteressada, de que foi exemplo Roentgen, figura que me é, por proximidade científica, particularmente grata. Quando o célebre descobridor dos raios X foi convidado a registar a patente da sua descoberta, respondeu ao engenheiro de uma firma alemã, que o contactara nesse sentido, dizendo que as descobertas dos homens de ciência pertencem a toda a humanidade e não são, por isso, passíveis de serem patenteadas. E quando o primeiro prémio Nobel da Física lhe foi outorgado, entregou toda a verba recebida à sua Universidade. Que elevado exemplo de ética científica este homem nos deixou!

3.4 - Pretendo voltar agora à questão das possibilidades de criação artificial de novas capacidade que a natureza nos não deu, quer isso se alcance através da manipulação genética, quer pela produção de um verdadeiro *cyborg*, neologismo datado que, indo buscar a sua raiz às palavras cibernética e organismo, se refere à modificação da espécie humana, já não por efeito da evolução natural, mas pela modificação artificial do homem à custa de dispositivos mecânicos ou electrónicos. Em ambos os casos, põe-se em causa a distinção entre o natural e o artificial. É verdade que tal distinção se atenua a nível da biologia molecular. Através das nanotecnociências é possível “manipular a matéria átomo a átomo, molécula a molécula”, sendo que “o nível molecular é absolutamente transversal em relação ao vivo e ao não vivo, ao natural e ao artificial”⁸. Como resultado destes

⁸ Hottois G, *Cyborg*, in Nova Enciclopédia de Bioética, Instituto Piaget, 2003 p. 208-209

desenvolvimentos, já temos organismos geneticamente modificados, produzimos bactérias programadas para fabricar produtos biológicos variados e computadores que incorporam DNA ou outro material biológico na sua constituição. Recordando Aldous Huxley, podemos dizer que se perspectiva o nascimento de um “admirável mundo novo” e, na esteira daquele penetrante espírito inglês, é lícito alimentar receio quanto à possibilidade de o admirável se transformar em abominável.

No caso concreto da manipulação do homem, o que está em causa é criar uma super-humanidade, dar origem a uma ou várias novas espécies biológicas, fruto da intervenção da tecnociência sobre a natureza biológica do homem. A imaginação já pode admitir as proezas mais estranhas, como a de uma intervenção genética que coloque, nas polpas dos nossos dedos, as mesmas células luminescentes dos pirilampos, concedendo-nos assim a duvidosa utilidade de poder usar facilmente as mãos, de noite, às escuras.

Mas entre a simples reposição de uma capacidade perdida e esta possibilidade de criação das mais chocantes propriedades novas e que facilmente despertam a nossa visceral rejeição, há um campo intermédio onde a ética é chamada a uma especial reflexão. É certamente lícita toda a intervenção destinada a substituir um órgão doente, mas que dizer se for possível dotá-lo de um substituto que possa não só repor a função mas também funcionar ainda melhor, que possa levar mais além a capacidade que a natureza não lhe deu? E se tal possibilidade se perfilar, quanto além do natural será lícito ir? E haverá motivações mais lícitas que outras? Por exemplo: será mais lícito proporcionar por essa via uma maior criatividade musical do que fornecer capacidades desportivas acrescidas, naquilo a que se chama o *doping* genético?

Toca-se aqui numa questão antropológica fundamental, a relação de mim com o meu corpo. Se posso agir sobre o corpo como uma simples propriedade minha, estou a pressupor que tenho um corpo, isto é, que o meu eu possui um corpo. E esta é a pergunta crucial:

temos um corpo? Somos proprietários de um corpo?

Fernando Pessoa, pela voz de Alberto Caeiro, dizia: "Sim, existo dentro do meu corpo", e deixava assim entrever um eu que se reconhece dentro do corpo, mas cuja relação com ele é no entanto misteriosa.

E, como recordou Daniel Serrão a este propósito, o mesmo Fernando Pessoa afirmava, noutro passo: "De quem é o olhar que espregueira por meus olhos? Quando penso que vejo, quem continua vendo enquanto estou pensando?"

A resposta que faz sentido, no plano de uma antropologia humanista, daquela que está no âmago da nossa civilização, é a de que não tenho um corpo, sou também um corpo. Na síntese de Daniel Serrão, "não sou um corpo, sou uma pessoa"⁹.

Um outro poeta disse: "corpo, respiração com voz"¹⁰.

Esta citação terá porventura mais ressonância neste areópago. Mas, prezados Colegas Pneumologistas, a respiração, a que alude o poeta, não a vejo tanto como aquela função que vós, melhor do que ninguém, estudais e conheceis, antes a vislumbro como metáfora do corpo vivo, como *pneuma*, o espírito que anima todo o corpo até à mais recôndita das suas células. E então, este corpo pode ter voz, aquela linguagem humana que é fruto da actividade reflexiva do seu neo-córtex. A pessoa é assim tudo isso, é um corpo animado pelo *pneuma* a que aludiam os filósofos da Hélade.

E porque sou uma pessoa, as intervenções sobre o corpo têm um limite ético que radica na dignidade da pessoa humana e esse limite ético impede que, ao interferir no corpo, a pessoa se despersonalize.

Nesta perspectiva, nada obsta a que os progressos da tecnociência intervenham no sentido de tratar as muitas moléstias que podem

⁹ Serrão D, Auto-estima e o Corpo

<http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=97> (acedido em 2010-06-03)

¹⁰ Neves O, in "Decomposição - o Corpo"

<http://www.citador.pt/poemas.php?op=10&refid=200810200201> (acedido em 2010-06-03)

affligir-nos. E serão também lícitas as intervenções que pretendam explorar ao máximo as capacidades naturalmente presentes na nossa corporeidade, nomeadamente no prolongamento da vida saudável e na nossa resposta biológica às agressões. Mas já ultrapassam esse limite todas as intervenções que tendam a modificar a própria natureza biológica do homem, membro de uma espécie - *homo sapiens sapiens* - com um património genético que lhe é próprio e que configura a sua maneira de existir, como ser biológico autoconsciente e, por isso, capaz de reconhecer valores morais.

4 - Face aos desenvolvimentos da técnica hodierna e aos seus impactos na vida pessoal e comunitária, como não concluir que a nova era tecnológica está a promover uma viragem cultural na história? Basta contemplar o que tem sido a mudança nas sociedades ocidentais. Esta transformação é, todavia, paradoxal em si mesma: na verdade, assistimos a uma globalização a todos os níveis, mas com uma importante excepção. É que não há globalização das mundividências, antes se assiste ao império do pluralismo. Alguns pretenderão, até, alcançar a globalização ética através do relativismo moral.

Todas estas mudanças atingem também a medicina, mudanças que pude seguir ao longo de mais de meio século e que são tantas e tão profundas que dispensam qualquer demonstração.

Há todavia uma área cuja transformação merece uma especial vigilância: refiro-me à *relação médico-doente* que constitui o último ponto que vou abordar.

Todos sabemos que uma consulta médica é um diálogo face a face e pressupõe um exame do doente orientado pelas suas queixas, não só pelas que verbaliza, mas também pelas que decorrem da sua linguagem extra-verbal, sendo também conhecido que esta é frequentemente mais importante que o conteúdo estrito da comunicação oral. É nela que o médico estuda a situação física e psíquica do enfermo para, em consequência, prescrever medidas

terapêuticas ou estudos complementares de diagnóstico ou ambos. É um espaço de complexa partilha entre duas pessoas, uma em sofrimento e outra com capacidade para o ajudar.

4.1- São bem conhecidos os benefícios que a tecnologia pode trazer a essa relação, por exemplo ao permitir o prolongamento da comunicação para além do momento da consulta, mas de modo nenhum se pode aceitar, salvo em casos onde não há alternativa, a substituição da consulta presencial pela consulta médica por telefone que hoje alguns querem disponibilizar.

A chamada telefónica feita por um doente e atendida por um médico nada mais é do que uma simples transmissão oral bilateral. Ainda que a ligação telefónica com transmissão simultânea de imagem possa melhorar a comunicação, continuam em falta todos os outros elementos que integram a verdadeira consulta médica.

4.2 - Outra consequência do impacto tecnocientífico é a situação caricata, mas infelizmente verificada na prática, de o computador poder ser uma barreira física que reduz a comunicação entre o doente e o médico. É também de lamentar a circunstância em que o doente sente que o médico está mais preocupado em dialogar com a máquina do que no diálogo com ele. De facto, a dependência dos suportes técnicos pode impedir esse diálogo que está na base da relação interpessoal. Além disso, sem essa interacção está também prejudicada a bem conhecida verdade de que o médico é, ele próprio, o medicamento que mais vezes prescreve.

4.3 - Outro factor a considerar é que o doente tem acesso a toda a informação médica disponibilizada na *net*, mas dificilmente a valoriza como deve, por compreensível falta de cultura médica. O consabido efeito desestabilizador do impresso da bula medicamentosa é agora potenciado pelo acesso a esta informação maciça. As dúvidas criadas e a circunstância de muitos doentes verem os cuidados médicos como mais um bem de consumo, dentro do consumismo geral que campeia nos dias de hoje, levá-los-á a procurar o médico ainda com maior frequência, para as maleitas mais passageiras e insignificantes,

quando não mesmo para males imaginários. Por isso, se o acesso à informação médica pelos doentes pode ser um benefício, também é muitas vezes contraproducente.

4.4 - Outra questão maior, refere-se ao tempo disponível para a inter-relação, sob o impacto do progresso tecnológico. O avanço da ciência médica e o crescimento da tecnologia médica, como é o caso do recurso à informática para apoio ao diagnóstico e à decisão terapêutica, o estabelecimento de protocolos baseados na evidência, etc., tudo permitiria supor que, ao facilitar a tarefa do médico, este teria mais tempo disponível para a relação com o doente. O médico teria assim a possibilidade de regressar plenamente à verdadeira *ars medica* em que, ao lado da competência científica e da capacidade técnica, há lugar para esse espaço insubstituível que é o da relação médico-doente. “Mas a experiência não consente um optimismo tão aberto”¹¹.

4.5 - Gostaria de recordar, por último, que o desenvolvimento tecnocientífico produz dispositivos cada vez mais diversos e eficazes, mas, ao mesmo tempo, cria novas necessidades que exigem recursos financeiros cada vez maiores. O resultado, a que também não é alheia a desejável universalidade da assistência médica, é que esta é cada vez mais onerosa e isto tem uma repercussão funesta na relação médico-doente. Compreende-se que se procurem bons índices de produtividade, mas não podem estes sobrepor-se à qualidade do acto médico, sendo certo que nele deve estar envolvida a disponibilidade para ouvir e dialogar, para sentir e partilhar, em suma, para estar em verdadeira relação interpessoal.

Estes exemplos – e mais se poderiam alinhar - demonstram que o progresso tecnocientífico pode pôr em risco a relação médico-doente que é um lugar ético por excelência. O que aqui está em causa é afinal a *ars medica* que exige, como recorda Walter Osswald, “o encontro

¹¹ Sgreccia E, *Bioética e Medicina*, in Manual de Bioética, Principia, 2009, p.261

entre uma confiança e uma competência”¹². A palavra “encontro” assume aqui um significado maior: se só houver a competência do médico, sem um verdadeiro encontro interpessoal, o acto médico é uma prática técnica desumanizada e a própria confiança – o outro elemento deste binómio – corre o risco de perder-se.

Só nesse encontro poderemos falar de uma medicina que respeita a dignidade essencial do ser humano.

É, pois, tempo de reafirmar a verdade bem conhecida de que a medicina não é só ciência e, ainda menos, só técnica. É tempo de acentuar que a medicina é também arte, a arte da relação, e que esta exige tempo. Mas não só. A relação médico-doente verdadeiramente humana pressupõe, do médico, aquilo a que Aristóteles chamava a *phronesis*, aquela sabedoria prática que nos leva a saber estar nessa relação de modo não só compassivo, mas também eficaz na resposta aos anseios, às preocupações, às dúvidas, ao sofrimento, afinal, do ser humano doente. A questão de saber se essa *phronesis* pode ser ensinada e o problema da sua importância no que deveria ser uma correcta selecção dos candidatos à medicina levar-nos-iam muito longe, mas estão fora do nosso tema, porque a tecnociência não é responsável directa pelo facto dos médicos terem ou não esta sabedoria de vida.

O que pretendo acentuar, nestas palavras finais, é a necessidade de recuperar a noção da *ars medica*, numa perspectiva actualizada que assenta em dois pilares: por um lado, na competência científica e técnica; pelo outro, na relação interpessoal, sem o que a medicina é uma prática desumanizada, desligada dos valores éticos que a acompanharam desde a antiguidade e que nos cumpre preservar e passar às novas gerações.

¹² Osswald W, *Medicina e arte – uma ressonância*, Cadernos do Mosteiro, Publicações Gráficas de Coimbra, 2007, p. 242

A ARTE DE ENVELHECER

Armando PORTO*

Pode considerar-se que a Medicina é uma ciência e o seu exercício uma arte.

São muito numerosos os estudos científicos que tentam descortinar os segredos do envelhecimento, mas ainda se não sabe quando este se inicia, conhecendo-se apenas, seguramente, quando acaba.

Talvez paradoxalmente, sendo amplo o leque de investigações sobre a biologia do envelhecimento, que interessa um número limitado de estudiosos, é muito escassa a lista de trabalhos dedicados a outros aspectos, como a arte de envelhecer, que diz respeito a todos os vivos, sem excepção.

A leitura do livro de A.Gün** e uma reflexão longa sobre este assunto, realizada sobretudo desde a nossa jubilação, há mais de 4 anos, incitou-nos a expor algumas ideias que consideramos úteis, sem a preocupação de repetir as oportunas citações que se encontram no citado texto, cuja leitura se recomenda.

Num mundo e numa época em que tudo o que é novo é que parece ter êxito, esquece-se frequentemente que os idosos possuem uma sabedoria que o homem precisa de ter para viver bem. Por isso,

* Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina de Coimbra.

** Anselm Gün – A sublime arte de envelhecer e tornar-se uma bênção para os outros Ed. Paulinas, 2009.

a nossa sociedade necessita de uma mais correcta compreensão dessa sabedoria e do significado da velhice.

Obviamente que, como todas as pessoas envelhecem constantemente, reflectir sobre a velhice não é apenas importante para os idosos, mas também para os mais novos; o que é particularmente relevante, além do mais, porque estudar o envelhecimento implica meditar sobre o segredo da humanidade.

Envelhecer bem depende, em boa parte, de cada um e representa uma grande arte alcançar “saber e poder”, que não se criam por si, exigindo preparação aturada, para que se possam exercitar as chamadas virtudes da idade.

Envelhecer significa deixar-se amadurecer com o tempo – mantendo-se informado do que o rodeia – e transformar-se, sem perder a imagem que de si se formou ao longo dos anos.

Envelhecer não é apenas algo que nos afecta exteriormente; comporta também um significado especial que, uma vez percebido, nos permite aceitar o envelhecimento de uma forma positiva.

Para tal, é necessário que se tenha vivido bem o tempo que já passou e se aceite a presente diminuição das capacidades físicas e mentais como algo natural e se possa olhar para o seu interior, descobrindo a riqueza das experiências havidas.

Para se compreender o valor e significado da velhice é, portanto, preciso estar de acordo com esta fase da vida e com aquilo que ela encerra.

A primeira tarefa da velhice consiste em tornar-se sábio, entendendo-se então melhor tudo o que dá sentido à nossa existência. É compreensível que o idoso crente sinta uma maior proximidade (de certo modo especial) com a eternidade e coisas que no passado pareciam importantes se afigurem insignificantes e outras, que se julgavam fúteis, adquiram seriedade.

A sociedade deve despir-se do actual “infantilismo”, que apenas reconhece o valor da vida enquanto jovem, providenciando um espaço adequado ao idoso, no qual ele possa envelhecer bem, onde a sabedoria da idade possa prosperar.

Não pode continuar a encarar os idosos apenas como uma carga financeira, esquecendo que o confronto de ideias que eles veiculam é muito útil aos mais novos, indicando-lhes uma forma de terem êxito na vida, não apenas como detentores de bens voláteis, mas sobretudo de valores perenes.

Mas, como envelhecer de forma a tornarmo-nos sábios, ou seja, pessoas que gostam de si e fazem com que os outros também as apreciem, por serem capazes de transmitir uma sensação de liberdade, serenidade e alegria – aquilo que todos os humanos almejam?

O idoso dá sentido à história, mostra o que vale a vida, torna-nos solidários, humaniza-nos.

Claro que só quem gosta de si e da sua vida é que se aceita incondicionalmente, mas é bom que cada idoso evite sentir-se o centro de todas as atenções: *auto-estima, sim; egoísmo, não!*

Sem dúvida que o termo da vida profissional activa representa um período difícil, em que o idoso se sente pouco solicitado e, por isso, se julga de menor utilidade. Nessa ocasião, louvar a vida passada será a melhor maneira de aceitar-se e à sua existência, reencontrando uma forma agradável de estar consigo e com os outros, em que os valores que sempre cultivou sejam por todos respeitados.

Os sucessos do “mundo” foram efémeros e agora há que enaltecer outras facetas da vida, essas sim, eternas.

Quem viveu plenamente na sua vida activa, em realização que considerou gratificante, aceita melhor a sua nova condição, tendo boas oportunidades para se dedicar a outras acções, mais consentâneas com a sua idade, que lhe preenchem o tempo e, sobretudo, mantenham uma sempre necessária motivação.

Muitos idosos têm medo de vir a ficar desamparados, de não terem quem cuide deles; então, *necessitam ainda mais de força*

interior, que os leve a renovar-se, dia após dia, procurando sempre uma perspectiva que lhes permita, apesar da debilidade, encarar o futuro (ainda que breve ...) com algum optimismo.

Envelhecer não é um processo simples e, frequentemente, até é doloroso, sendo numerosas e repetidas as queixas que os idosos exprimem.

1º Aceitação: Não sendo fácil responder aos seus queixumes, como simples acompanhantes, temos que mostrar compreensão para as suas dores, desamparos e solidões, para depois encontrar, em conjunto, caminhos para a sua eventual solução.

Se alguns idosos se fixam doentamente naquilo que perderam, o seu esforço deve antes centrar-se em recordar com gratidão o passado feliz, para que quem os rodeia possa melhorar o eventual clima indesejável de fraqueza e isolamento em que se deixaram envolver.

Mas, de facto, aquilo que tivemos de exercitar na nossa vida adulta é, novamente, requerido na velhice, quando temos que nos reconciliar com o passado, aceitar os próprios limites e, por vezes, aprender a viver com a solidão, ser eremitas.

Quando persistem sentimentos de culpa, o idoso deve compreender que aquilo que passou já não se pode mudar, mas a sua atitude é que precisa de ser outra: tem que reconciliar-se com a sua própria história e com os homens seus irmãos, mas *não deixando que o passado condicione o resto dos seus dias.*

Por outro lado, o idoso tem que entender os seus limites actuais, no trabalho, no desporto, etc. Não o fazer pode acarretar graves riscos e decerto não melhora o seu ego, sendo mesmo inconveniente estar sempre a estabelecer comparações com as fases anteriores da sua vida ...

Todos os esforços dispendidos devem ser mais leves e lentos, (vivendo em câmara lenta, o que permite estar mais presente em cada instante), não se deixando, todavia, de fazer exercício físico e

mental, mas consentâneo com a sua condição actual. Para tanto deve ser ajudado por quem o apoia que, duma forma mais realista, lhe deve definir os limites razoáveis para o seu estado. Só assim poderá **amadurecer na velhice** e, simultaneamente, cumprir as tarefas que esta requer, diariamente.

Tendo uma gestão do tempo diferente, pode dispor dele para o consagrar ao que sempre o fez sonhar e para poder escutar e compreender os outros.

Não se pode ignorar que *a solidão faz parte da velhice*, quer porque os companheiros do seu tempo já desapareceram, quer porque limitações visuais, auditivas e da mobilidade provocaram isolamento, sentindo-se ignorados pelos outros.

Diferente é o gostar de estar sozinho, tirando proveito desse tempo para ouvir boa música, ler um bom livro ou meditar.

Ora, o convívio com a solidão também pode ser um caminho para a sabedoria e deveríamos desde cedo preparar-nos para ela, entendida como fonte de tranquilidade.

E, não se aprende a lidar com a solidão estando sempre a fugir dela, do nosso encontro, porque então estaremos constantemente a querer alguma coisa, em vez de querermos ser algo. Pelo contrário, é preciso aprender a estar só, a aproveitar o silêncio, meditando naquilo que se viveu e no que constitui o seu verdadeiro valor.

É sempre importante o idoso voltar-se para o mundo e para as pessoas que o rodeiam, em vez de ficar, passivamente, sempre à espera dos outros.

É mesmo imperioso o esforço de sentir interesse por alguma coisa, de se dedicar seriamente a uma tarefa concreta e útil, ocupando o tempo da melhor forma e valorizando-se continuamente: “aprender até morrer”!

2º Renúncia: Nesta cronologia de acontecimentos, depois da aceitação vem a renúncia. E, se toda a nossa vida é repleta de sacrifícios, a velhice em especial desafia-nos a renunciar a muitas

coisas, desde logo à actividade intensa na profissão que exercíamos (dando lugar aos mais novos), a relações sociais e conjugais, a bens materiais.

Depois, *renunciar ao próprio ego*, pressuposto para encontrar a sua verdadeira razão de ser. Quando atingido pela doença, a difícil renúncia à saúde e, por último, quando “chegar a hora”, renunciar à própria vida, mas com a consciência tranquila de se ter realizado tudo o que estava ao nosso alcance, com os talentos que havíamos recebido e que oportunamente puséramos a render, como era nossa estrita obrigação

É penoso quando os idosos se agarram aos bens materiais e não querem *renunciar às suas posses*; julgam que as coisas palpáveis é que lhes dão a sensação de ainda estarem vivos (como é difícil o desapego...).

Esquecem que com a morte ficam para trás os bens materiais e que mais vale começar cedo a renunciar a todos eles interiormente, pensando que aquilo que outrora tinha tanto valor para si pode trazer a alegria a outras pessoas e que, se oferecidos de bom grado, mostram o apreço que se sente por elas, quiçá propiciando até o início de fortes amizades.

Há indivíduos que se preocupam obstinadamente com a sua saúde, têm um *medo excessivo de adoecer*; de tanto venerarem a saúde são assolados pelo receio de a perder.

Ora, quem se ocupa apenas com a sua saúde não encontra alegria de viver; por exemplo, quantas vezes uma dieta exagerada se torna uma obsessão, que tira o prazer legítimo das refeições.

Mas é um facto que para alguns a ida ao médico é a única oportunidade para conviver e a “consulta da sala de espera” torna-se quase tão importante como a observação clínica!

Na velhice têm-se *menos relações sociais* e, por isso, é imperioso que não se utilizem apenas estas relações para nos definirmos a nós próprios, encontrando uma forma de vivermos isolados, sem ficar reféns da vida dos outros.

É necessário *renunciar à sexualidade como era entendida em adulto* jovem, mas nada impede que os idosos possam viver o seu amor, pois a sexualidade não morre com a velhice; pode é dar-se a transformação num amor diferente, mas repleto de ternura, pleno de intimidade e de confiança recíproca, usufruindo das “últimas idades do amor”.

A *renúncia ao poder do mundo*, na profissão e na finança, é muitas vezes difícil nos idosos, pois tal associa-se a perda de influência, sempre custosa.

Saber retirar-se a tempo é prova de discernimento, que é importante para quem lhes sucede, e fundamental para a manutenção do ego por quem toma oportunamente esta decisão lúcida.

A renúncia ao ego tem lugar quando estamos de acordo com o facto, real, de já não sermos o centro dos interesses e temos noção clara de que a nossa utilidade e influência são relativas.

A vida quebra o nosso ego, vai destruindo as ilusões que construímos acerca de nós próprios e, por isso, tal corte causa sofrimento, mas é nosso dever suportá-lo.

Mas, quem renuncia ao ego não tem que abdicar das suas relações, nem do seu conhecimento; deve é saber sentir-se finalmente livre.

Quando a aceitação e a renúncia decorrem sem problemas, os idosos adquirem uma nova fecundidade.

3º Uma nova fecundidade: Os que estão *empenhados em ajudar o próximo mais necessitado serão mais felizes* do que os que se retraem e só se preocupam consigo.

Um trabalho de voluntariado e o usufruto dum entretenimento (hobby) são muito importantes para manter motivação na fase última da vida.

E o *convívio com os jovens*, facultando-lhes conhecimentos preciosos (propostos, não impostos), obtidos ao longo de muitos anos, representa uma simbiose, em que os mais velhos sentem como podem ser ainda úteis e os mais novos beneficiam de um legado

valiosíssimo. E, assim, as pessoas de idade, que com palavras sábias dispensam ensinamentos, são essenciais às famílias, às comunidades e ao mundo inteiro.

Muitos anciãos sentem-se esquecidos, separados da família e, por vezes, compelidos a passar a viver em lares da terceira idade. Tal decisão é sempre complexa, mas até pode ser bom estabelecerem contacto com outros idosos, criarem novas amizades, desenvolverem acções comunitárias.

Quando os casais idosos não saem do seu pequeno mundo, não se ocupam também fora de casa e não reflectem sobre a vida em comum, podem surgir conflitos que tornam a vida a dois muito difícil, até afastando os próprios filhos, que não suportam as questiúnculas permanentes entre os pais.

Envelhecer juntos não é fácil, sobretudo se as famílias não eram unidas. E, a cultura duma comunidade pode aferir-se pela forma como são aceites e acarinhados os idosos, não olvidando que velhos e jovens têm que compreender-se nas suas diferenças, para se poderem completar, como é desejável que aconteça numa sociedade harmoniosa.

4º As virtudes no envelhecimento: Sem dúvida que *para um bom envelhecimento são necessárias virtudes*.

Se a velhice nada vale por si, é indispensável treinar desde cedo certas atitudes boas, chamadas “virtudes da velhice”, que podem conferir a esta um suporte precioso.

Saber julgar e aconselhar são atitudes que geralmente se reconhecem como próprias dos idosos. Mais em particular, pensamos que algumas virtudes são uma dádiva e um dever dos mais velhos, como:

- serenidade (não se deixar perturbar por nada, deixar as coisas como elas são);
- paciência (suportar a vida, tolerar o outro com os seus erros e fraquezas, mas reconhecendo e confessando o seu valor);

- mansidão (reunir o que está dentro de si, para atrair os outros, não os julgando);
- liberdade (sem se guiar pelas expectativas dos outros, sem necessitar de dar provas);
- gratidão (apreciar as suas recordações, pensar naquilo em que se tornou, ser alegre pelo momento presente);
- amor (capacidade de não julgar nem condenar, acreditar que perdoar vale mais do que ter razão, abdicando do seu narcisismo, não se levando demasiado a sério; “tudo desculpa e tudo suporta”).

Mas, infelizmente, não existem apenas idosos que irradiam amor. Muitos são atormentados por medos e depressões e só um bom enquadramento no meio que os rodeia pode evitar ou atenuar tais situações, sendo sempre importante uma atitude positiva dos idosos que, quando capazes de estar em silêncio prolongado e contemplativo, conseguem reflectir sobre a sua existência, encontrando então uma verdadeira pacificação perante o segredo da vida e da morte.

A vida é a nossa mestra da morte e a morte é mestra de vida. E, nunca esquecer que o direito à morte natural é tão importante como o direito à vida, razão pela qual se deve evitar a obstinação terapêutica.

Temos que compreender que muitas vezes o idoso não se limita a permanecer calado, está realmente em silêncio, irradiando aquela espiritualidade que a todos os seres humanos é necessária, porque só ela pode conduzir à autêntica felicidade a que sinceramente aspiramos.

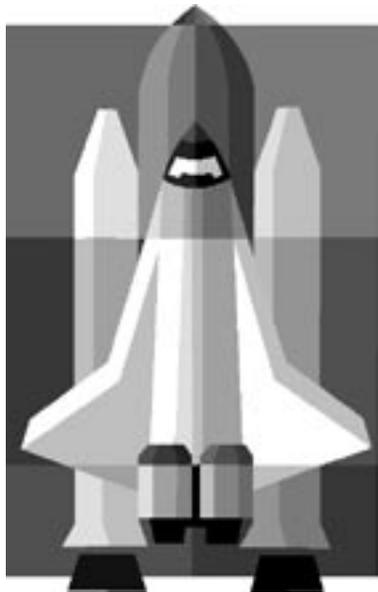
Quando estamos em plena condição física e psíquica consideramos a velhice algo distante, embora incómodo.

Mas é estultícia não pensar nela, pois para a maioria das pessoas é inevitável chegar a tal fase da vida.

Encaremo-la, então, de forma positiva, pois, como disse um escritor contemporâneo, “envelhecer é a única forma de não morrer”.

Preparemo-nos o melhor possível, e com tempo, para que, quando chegar a nossa vez, saibamos usufruir plenamente da sabedoria que a senectude propicia e que pode ser fonte inesgotável de paz, aquilo que sempre desejámos, da primeira à última hora.

Oxalá saibamos todos entender que, ao exercitarmos a arte de envelhecer, poderemos alcançar aquele estado desejável, que levará os outros a guardar de nós uma bela e exaltante recordação!



TEMAS ACTUAIS

Branca

EDUCAR OU PERVERTER?

Escrevi no início que «Educar é um combate sem tréguas». Mas hoje é igualmente um combate desigual. Quando se lêem os documentos que vão sendo produzidos por organismos supranacionais e praticamente impostos aos decisores políticos de cada nação, vem-nos sempre ao pensamento a figura de Golias perante o pequeno David. Os textos que se publicam são comentários e críticas a “directivas” desses enormes Golias que são a O.M.S. ou quaisquer outros, multitentaculares, que vêm tentando condicionar a acção dos educadores e, através deles ou não, o comportamento infantil e juvenil. O objectivo é atingir áreas fundamentais para o seu desenvolvimento psico-afectivo, como uma suposta “educação sexual” ou a aceitação forçada de uma “coisa” chamada “ideologia do género”, que esconde graves erros biológicos, psico-afectivos, e comportamentais.

É necessário estarmos atentos, não adormecer pensando que alguém porá um ponto final nesta perversão sistemática em curso; compete-nos a todos não esquecer que o tal pequeno David não vem do nada: está dentro de cada um de nós, e é aí que devemos prepará-lo para a luta desses gigantes que tentam manipular uma juventude sem defesas. Estar atento é conhecer as acções desses organismos, e saber divulgar a informação necessária. E EDUCAR, no sentido correcto e definitivo da palavra. Os textos que se seguem têm esse objectivo.

Comentário de J. **BOLÉO-TOMÉ**

A - EDUCAÇÃO SEXUAL

1 – NOTAS CRÍTICAS SOBRE O DOCUMENTO EMITIDO PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE “WHO Standards for Sexual Education in Europe”¹

Ermanno PAVESI²

O Comité Regional para a Europa da **Organização Mundial de Saúde (OMS)** e o **Centro Federal para a Educação Sanitária (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (BZgA)** publicaram um documento oficial contendo o que propõem ser um modelo para a educação sexual na Europa no ano de 2010 e um quadro de referências para os decisores políticos, para as autoridades educativas, para as autoridades sanitárias e para os especialistas.

O documento contém alguns aspectos com os quais é possível concordar mas tem outros muito importantes que nos colocam sérias reservas. Deve sublinhar-se que as objecções que colocamos não se ligam à proposta da existência de educação sexual mas ao modo como especificamente se concebe a educação sexual. As normas propostas no texto afirmam várias vezes e a vários títulos alguns conceitos úteis e necessários como o de que a educação sexual não pode limitar-se ao ensino de noções de biologia mas deve ter em conta o papel da sexualidade na globalidade da vida humana.

¹ WHO Regional Office for Europe and Federal Centre for Health Education (BZgA): Standards for Sexuality Education in Europe. A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Cologne 2010, ISBN 978-3-937707-82-2, acessível em <http://www.bzga-whocc.de/>

² Redator deste texto e membro do gabinete permanente da FEAMC. Secretário Geral da FIAMC. Médico Psiquiatra.

O documento refere-se também oportunamente aos conceitos de “educação sexual holística”, de “educação global para a sexualidade” e de “uma filosofia subjacente à educação sexual”. Porém, do que se discorda frontalmente é da própria concepção do homem que está implícita e explícita no programa educativo.

O documento está dividido em duas partes principais: a primeira parte, mais geral, refere-se aos fundamentos, à justificação, às definições, aos pressupostos da educação sexual e aos elementos que a compõem. Introduce o conceito de educação sexual holística e argumenta sobre as razões pelas quais este tema é particularmente importante para os jovens e adolescentes (pág. 7).

Os padrões da OMS e os da IPPF (International Planned Parenthood Federation)

A ideia desta iniciativa foi lançada pela Comissão da OMS para a Europa em 2008 e foi desenvolvida pelo Centro Federal para a Educação Sanitária (BZgA), uma instituição que colabora com a OMS no âmbito da saúde sexual e reprodutiva através da participação de um grupo de peritos. Este grupo compreende 19 peritos de nove países da Europa ocidental com formações diversas, que vão da medicina à psicologia e às ciências sociais. Têm todos uma vasta experiência de educação sexual quer sob pontos de vista teóricos quer práticos. Neste grupo estão representadas organizações governamentais e não governamentais, organizações internacionais e universidades. O grupo teve múltiplos encontros parcelares durante um ano e meio e reuniu-se formalmente quatro vezes para a elaboração dos trabalhos de preparação do texto (pág. 7).

A lista com os nomes dos peritos sugere uma composição equilibrada e pluralista do grupo: Prof. Dan Apter e Dra. Raisa Cacciatore (*Sexual Health Clinic*, Väestöliitto), Doortje Braeken et Ada Dortch (IPPF), Dr. Costa Marina (PLANeS, Fondation Suisse pour la Santé Sexuelle and Reproductive), Dr. Peter Decat e Dr. Kristien Michielsen (Centre International pour la Santé Reproductive, Université de Gand),

Erika Frans (SENSOA, *Vlaams expertisecentrum voor seksuele, Family Studies*, University of Vienna), Dr. Evert Ketting (consultor de saúde reprodutiva e de HIV/SIDA), Prof. Daniel Kunz (Lucerne University of Applied Sciences and Arts), Dra. Margareta Larsson (Universidade de Uppsala), Dra. Olga Loeber (Sociedade Europeia de Contraceção), Anna Martinez (Sex Education Forum, National Children’s Bureau, United Kingdom), Dra. Kristien Michielsen (International Centre for Reproductive Health, University of Ghent), Ulla Ollendorff (Norwegian Directorate of Health), Dra. Simone Reuter (Contraception and Sexual Health Service, Nottinghamshire Community Health), Sanderijn van der Doef (World Population Foundation), Dr. Ineke van der Vlugt (Rutgers Nisso Group) and Ekua Yankah (UNESCO)” (pág. 7).

A *International Planned Parenthood Federation (IPPF)* é uma organização não governamental internacional que tem como objectivos gerais a promoção de atitudes e de comportamentos no âmbito da saúde sexual e reprodutiva que incluem o direito ao aborto como método de limitação da natalidade (*movimento pro-choice*). Foi criada em 1952 em Bombaim (India), tendo actualmente delegações em mais de 149 países. Na lista de peritos que colaboraram na elaboração do texto agora apresentado em nome da OMS apenas dois peritos, Doortje Braeken e Ada Dortch, se apresentam como representantes da IPPF. Porém, se nos referirmos à lista das associações-membros da IPPF European Network (informação disponível em www.ippfen.org), poderemos notar que PLANeS é um membro suíço da IPPF, que a RNG é um membro holandês da IPPF e que a SENSOA é um membro belga da IPPF. A Dra. Costa Marina, o Dr. Ineke van der Vlugt e Erika Frans são também membros da IPPF. O Prof. Daniel Kunz, membro da comissão executiva da PLANeS, desempenha um papel de primeiro plano nesta instituição, membro suíço da IPPF. Nestes últimos anos a WPF (Sanderijn van der Doef) colaborou estreitamente com a RNG e desde o fim do

ano de 2010 a WPF e a RNG fundiram-se numa única organização: a Rutgers-WPF (www.wpf.org). No site da clínica de saúde sexual *Väestöliitto* (www.vaestoliitto.fi) declara-se expressamente que a “clínica segue os padrões e os critérios de qualidade nos cuidados da IPPF” estando, portanto, os dois peritos Prof. Dan Apter e a Dra. Raisa Cacciatore ligados à IPPF e à sua linha de intervenção. Na proposta da IPPF para uma Educação Sexual Global (*Comprehensive Sexuality Education*, CSE) de 2010, pode ler-se na sua página 2 “um agradecimento especial a Anna Martinez et Bethan Hatherall do *Sex Education Forum, UK*”, o que significa que Anna Martinez colabora também com a IPPF. O Dr. Evert Ketting publicou no “*Planned Parenthood Challenges*”, 1995, pp. 28-31, o artigo “Ao encontro das necessidades dos jovens no âmbito da saúde sexual e reprodutiva no mundo” (*Meeting Young People’s Sexual and Reproductive Health Needs Worldwide*). A Dra. Olga Loeber, como membro da Fondation Rutgers, apresentou em 2001 na 11ª Conferência da *Society for the Advancement of Reproductive Care* a comunicação “Aspectos multiculturais do aconselhamento em contraceção”.

O projecto deste documento da OMS foi proposto pela Dra. Gunta Lazdane, uma antiga dirigente da IPPF. Desde 2003 trabalha no Bureau Regional Europeu da OMS como conselheira para a saúde e para a investigação nas áreas da reprodução humana na unidade “*Country Policies and Systems*”, contribuindo oficialmente para a intervenção no âmbito da saúde sexual e reprodutiva nos sistemas de saúde dos 53 estados-membros da Europa. Gunta Lazdane é presidente da associação para a saúde sexual e reprodutiva da Letónia “*Papardes zieds*” e, desde há vários anos, é presidente da comissão de adesão à IPPF. Ela representou a Letónia na Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento (Cairo, 1994); na Assembleia Geral da ONU dedicada a estes temas cinco anos depois; e na conferência mundial das mulheres em Pequim (biografia incluída no programa do 11º Congresso da Sociedade de Contraceção e de Saúde Reprodutiva, 2010).

A maioria dos peritos que redigiram as normas agora propostas pela OMS pertencem, pois, à IPPF, uma conhecida instituição internacional de direito privado com uma rede instituída e muito activa nas últimas dezenas de anos no âmbito das actividades “*pro-choice*” na educação sexual.

Qual é a filosofia subjacente?

O texto proposto tem duas partes, uma introdução e módulos detalhados sobre o conteúdo da educação sexual em função das idades para os quais é proposta. A primeira parte descreve três tipos de educação sexual mas considera válido apenas um dos tipos que descreve. No texto admite-se que, seguindo uma perspectiva histórica, os programas de educação sexual podem ser agrupados em três categorias.

1. Programas que se concentram essencialmente na abstinência sexual pre-matrimonial, conhecidos sob o nome de programas “*como dizer não*” ou “*apenas abstinência*” (tipo 1).

2. Programas que, admitindo a abstinência como opção, aceitam também a contraceção e as práticas sexuais desprovidas de risco (*safe sex practices*). Estes programas designam-se também por “*educação global da sexualidade*” (*comprehensive sexuality education*) (tipo 2).

3. Programas que compreendem os elementos do tipo 2 e os incluem numa perspectiva mais larga de crescimento e de desenvolvimento pessoal e sexual. Designam-se no presente documento como sendo “*educação para uma sexualidade holística*” (tipo 3).

Os programas do **primeiro tipo** foram fortemente impulsionados e sustentados pela administração republicana dos Estados Unidos no decurso do último decénio e, em certa medida, tiveram influência também noutros territórios, particularmente em certos países em vias de desenvolvimento e na Europa oriental. Os programas do **segundo tipo** foram elaborados como reacção à abordagem

“*apenas abstinência*”. Foi elaborado um estudo com metodologia rigorosa comparando os programas de primeiro e do segundo tipo nos Estados Unidos da América que demonstrou que os programas baseados apenas na abstinência não demonstraram efeitos positivos no comportamento sexual e no risco de gravidez na adolescência ao contrário dos programas de intervenção mais global. As fronteiras entre os programas do segundo e do **terceiro tipo** não são bem definidas e dependem essencialmente do modo como os programas são aplicados.

Nos Estados Unidos existem apenas programas do primeiro e do segundo tipo e na Europa ocidental predominam os programas do terceiro tipo. A literatura internacional sobre educação sexual exprime-se, quase por definição, em língua inglesa, mas a maior parte dos documentos sobre educação sexual publicados na Europa – quer se trate de directivas, de manuais, de material didático ou mesmo de relatórios de avaliação – são expressos nas línguas nacionais europeias. Nestes termos, estes documentos de base nacional ou local são muitas vezes inacessíveis aos leitores internacionais, criando a impressão falsa de que os programas em língua inglesa – a maior parte provenientes dos Estados Unidos da América – são os únicos que existem.

Deve sublinhar-se que os programas do tipo 3 têm geralmente uma filosofia e uma visão diferente do homem relativamente aos programas do tipo 1 e 2. O termo “*educação para a sexualidade global*” indica que a educação sexual está incluída numa concepção da vida e do homem que propõe uma atitude positiva relativamente à sua sexualidade tentando uma integração positiva e harmoniosa em toda a personalidade. Em geral, esta perspectiva é aceitável, mas começam a surgir objecções aos conceitos quando se explicita a filosofia que deve inspirar a educação sexual. Nos nossos países predomina o conceito de que a família é composta por um homem e uma mulher. Assim, aceitamos que a educação sexual e a educação em geral devem respeitar esta concepção do homem e da

sociedade. Porém, esta concepção da vida, da família e da sociedade, simplesmente, não está considerada no presente texto. Nas normas propostas está implícita a superioridade da sua própria filosofia, não sendo tomados com seriedade todos os outros pontos de vista nesta matéria. As reservas colocadas relativamente às referências fundamentais da educação sexual expressas no texto (concepções de família e de sociedade, nomeadamente) são sempre consideradas como uma resistência a toda a forma de educação sexual. Na página 7, toda a resistência é atribuída ao medo e às ideias falsas e preconceituosas: “*a introdução da educação sexual – em particular nas escolas – nem sempre é fácil: encontra-se frequentemente resistência essencialmente baseada em medos e preconceitos relativamente à educação sexual*”. Os argumentos deste tipo não contribuem para um diálogo pacífico, sendo nalguns casos mesmo ofensivos e discriminatórios porque quem os utiliza sustenta que os seus opositores não têm argumentos lógicos e que as suas atitudes são apenas de natureza irracional.

Na página 12 do texto, as resistências culturais, políticas e religiosas contra a maneira como são propostos e por vezes impostos estes pontos de vista sobre a educação sexual são consideradas como atitudes fundamentalistas: “*Em vários países da Europa Central e do Leste, a implantação da educação sexual atrasou-se pela presença do fundamentalismo (político, cultural e religioso) nas diferentes esferas públicas.*” A apresentação da IPPF sobre a “*Educação Sexual Global*” (*Comprehensive Sexuality Education, CSE, 2010*)³ fala abertamente de tabus religiosos: “*A IPPF admite que os tabus sexuais ligados à cultura e à religião não constituem obstáculos intransponíveis ao alargamento do campo da educação sexual*” (pág. 4). Denunciando a resistência de vários países do Leste da Europa às

³ <http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/CE7711F7-C0F0-4AF5-A2D5-1E1876C24928/0/Sexuality.pdf>

normas agora propostas pela OMS afirma-se que “*nalguns países do Leste Europeu como a República Checa e a Estónia existem sinais de que se iniciou um estilo moderno de educação sexual diferente dos modelos propostos pela educação familiar*” (pág. 12). Poderá perguntar-se se nesses países a população tem sido informada do novo estilo de educação sexual e se os novos modelos propostos tiveram o escrutínio democrático.

A matriz de educação sexual que é proposta

É necessário precisar que a matriz de educação sexual agora proposta tem elementos positivos mas esta concepção da educação para a sexualidade coloca problemas muito sérios que devem ser discutidos por toda a sociedade. Alguns exemplos:

- Nos grupos de idade entre os 9 e os 12 anos: as crianças devem ser capazes de utilizar daqui para o futuro os contraceptivos e os preservativos de maneira eficaz (pág. 44).

- Nos grupos de idade entre os 12 e os 15 anos: os adolescentes devem ter a capacidade de obter as medidas de contracepção a partir de um local apropriado, por exemplo, tendo uma entrevista com um profissional de saúde (pág. 46), de obter e saber utilizar os preservativos de uma maneira eficaz (pág. 47), de tomar a decisão consciente de ter ou de não ter experiências sexuais (pág. 46), de fazer uma escolha livre e responsável depois de ter avaliado as consequências, as vantagens e as desvantagens de cada escolha possível (comportamento sexual, companheiro/a) (pág. 46) e de fazer uma escolha consciente de um tipo de contracepção e de utilizar eficazmente o contraceptivo escolhido (pág. 47).

- Nos grupos de idade acima dos 15 anos: ensinar aos adolescentes que existe o direito a fazer o aborto.

O papel do Comité Regional para a Europa da OMS

Mas então poderá perguntar-se: o Comité Regional para a Europa da Organização Mundial de Saúde representa 53 países ou re-

presenta a IPPF? A região da Europa da OMS envolve 53 estados, do Oceano Atlântico ao Oceano Pacífico (pág. 5); porém, este documento foi elaborado por um grupo de peritos de nove países do Norte e do Centro da Europa cuja maioria pertence à rede europeia da IPPF ou tem ligações próximas com esta rede. O documento foi reconhecido e aceite como documento oficial da OMS para a Europa. A Sra. Gunta Lazdane, conselheira regional para a Saúde e para a Investigação nos domínios da Saúde Reprodutiva na unidade “*Country Policies and Systems*” da OMS é um antigo quadro superior da IPPF.

Será correcto e sobretudo democrático que um programa de educação sexual, preparado por um grupo de peritos ligados a uma instituição privada, seja apresentado como o modelo oficial de uma organização internacional de 53 países, pelas mãos de uma antiga dirigente da mesma instituição? E que este documento seja proposto como “*o modelo europeu de educação sexual*” a países não europeus?” Na verdade, o texto está proposto como se os padrões da Europa tivessem utilidade para os países mais desenvolvidos e menos desenvolvidos fora da Europa (pág. 10). Será aceitável que a educação sexual seja apenas interpretada pela OMS segundo os conceitos e as definições propostas pela IPPF e por associações similares? O conceito de “direitos sexuais” é apenas utilizado tal como foi definido pela IPPF e pela WAS (pág. 47). A nota refere-se à declaração da IPPF de 2008, artigo 9, pág. 20: “*todas as mulheres têm direito à informação, à educação e aos serviços necessários à protecção da saúde reprodutiva, à maternidade sem risco e ao aborto sem risco que sejam acessíveis, abordáveis, aceitáveis e praticáveis para os seus utilizadores*”.⁴

⁴ Direitos Sexuais: uma Declaração da IPPF, acessível em <http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/EB54D2F2-BB46-48EE-8FB9-4BF6570E6A1C/0/SexualRightsDeclarationPortuguese.pdf>.

2 – DECLARAÇÃO DA FEAMC SOBRE O DOCUMENTO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE / EUROPA *Standards for Sexual Education in Europe*

Dr. François BLIN, Dr. Hans STEVENS*

O gabinete da Federação Europeia das Associações dos Médicos Católicos (FEAMC) reunido em Berlim entre 20 e 23 de Maio de 2011, exprime com desgosto a sua grande preocupação pelo documento emitido pela Organização Mundial da Saúde sobre a educação sexual na Europa. Os membros do gabinete entendem por unanimidade que o documento contém graves lacunas e muitas concepções erradas nos pressupostos científicos e no seu conteúdo, assim como nas concepções ideológicas expressas no texto. No documento, que se refere à educação sexual das crianças e dos adolescentes, não está expressa de nenhum modo uma visão integrada e global da sexualidade, da fertilidade humana, da procriação, da maternidade e da paternidade responsáveis. Estas matérias, essenciais numa visão holística e integral da pessoa, estão quase completamente excluídas do texto em favor de outros interesses imediatos e de outros comportamentos.

Muitas instituições-chave das sociedades contemporâneas foram intencionalmente marginalizadas ou esquecidas nos seus papéis na educação sexual das crianças nomeadamente os pais, a família alargada, os educadores, os membros das instituições de educação moral e religiosa, os representantes das instituições de educação de crianças e de adolescentes. Nenhum destes membros activos e participantes na educação das crianças e dos adolescentes destas instituições básicas da sociedade faz parte dos “peritos”

* Respectivamente Presidente e Secretário da FEAMC (Federação Europeia das Associações de Médicos Católicos)

apontados no texto que é proposto. O documento parece recolher apenas os pontos de vista de um espectro limitado de correntes de opinião provenientes dos grupos “pela escolha” (*pro-choice*) sobre este importantíssimo tema da educação sexual. Este documento não pode constituir o pano de fundo de qualquer política razoável nos domínios da educação sexual e da saúde pública. A FEAMC protesta pelo conteúdo e pelo significado deste documento perante a Senhora Directora Regional para a Europa da OMS, Sra. Zsuzsanna Jakab, e exige que ao mesmo documento seja retirado o apoio da OMS e impedida a sua circulação como documento oficial.

Berlim, 21 de Maio de 2011

B - IDEOLOGADO «GÉNERO»

1 – A UTOPIA DA IGUALDADE E A «IDEOLOGIA DO GÉNERO»*

Luchetta SCARAFFIA

Nos últimos decénios do século XX assistimos nos países ocidentais a uma revolução conceitual fundada na manipulação da linguagem, ou seja, na substituição do conceito de diferença sexual com a palavra indeterminada *gender*. Em suma, alguns intelectuais e políticos procuraram tornar concreta e partilhada a afirmação do

* Terminou em 11 de Fevereiro passado, em Pamplona (Universidade de Navarra) o I Congresso Internacional sobre a «ideologia do género». O texto que publicamos é transcrito de «L'Osservatore Romano» (19/02/2011) e corresponde a um resumo desenvolvido de uma das principais conferências.

famoso livro de Simone de Beauvoir *O segundo sexo*: «Ninguém nasce mulher, torna-se mulher».

As razões que permitiram e favoreceram o surgir desta nova ideologia são muitas e de várias naturezas. Por um lado, a queda do muro de Berlim, à qual se seguiu poucos anos depois a grave recessão económica mundial, puseram em crise todos os aparelhos ideológicos que tinham delineado a vida política: desabam de facto todos os tipos de ideologia comunista e socialista, e depois também o liberalismo capitalista. Neste vazio, a caça a novos valores com os quais justificar as opções políticas levou a uma espécie de divinização dos Direitos Humanos, que de objectivos que as sociedades deviam estabelecer se tornaram os valores-guia indiscutíveis, mesmo se muitas vezes manipulados, sofrendo uma ampliação e transformação. A utopia da igualdade, que tinha animado a luta política dos séculos XIX e XX, renasce em sectores que antes eram marginais, como o feminismo, que se torna assim uma forma ideológica central, capaz de preencher o vazio deixado pela falência das ideologias comunistas. Para se fortalecer, o feminismo tinha que se constituir como ideologia utópica que se referia à utopia da igualdade e devia ter uma confirmação «científica», assim como o comunismo de Marx, que se tinha autodeclarado «socialismo científico».

A teoria do *gender* é uma ideologia com um fundo utópico baseada na ideia, já própria das ideologias sócio-comunistas que falhou miseravelmente, de que a igualdade constitua a via-mestra para a realização da felicidade. Negar que a humanidade é dividida entre homens e mulheres pareceu um modo para garantir a igualdade mais total e absoluta - e portanto possibilidades de felicidade - a todos os seres humanos. No caso da teoria do *gender*, ao aspecto negativo constituído pela negação da diferença sexual, acompanhava-se um aspecto positivo: a total liberdade de escolha individual, mito fundante da sociedade moderna que pode chegar também a cancelar aquele que era considerado, até há pouco tempo, como um dado de coerção natural ineludível. A teoria do *gender* abraça portanto um

aspecto político (a realização da igualdade e a possibilidade ilimitada de escolha individual), um aspecto histórico-social (a justificação *a posteriori* do fim do papel feminino nas sociedades ocidentais) e um aspecto filosófico-antropológico mais geral, isto é, a definição de ser humano e a relação entre ele e a natureza. A ideologia do *gender* é portanto um dos vários desvios da utopia da igualdade. De facto escreve Michael Walzer: «Na raiz, o significado da igualdade é negativo», tem por objectivo eliminar não todas as diferenças mas um conjunto particular de diferenças, que varia segundo a época e o lugar.

A transformação social em curso está a mover-se rumo à eliminação de todas as diferenças - também daquela, fundamental em todas as culturas, entre mulheres e homens - com um ritmo que se tornou cada vez mais rápido depois da difusão dos contraceptivos químicos, nos anos 60. De facto, a separação entre sexualidade e reprodução permitiu que as mulheres adoptassem um comportamento sexual de tipo masculino - que talvez não se adapte à natureza feminina e provavelmente não contribui para aumentar a felicidade das mulheres, mesmo se este é um outro aspecto - e por conseguinte de desempenhar papéis masculinos removendo qualquer obstáculo, isto é, abolindo também a maternidade.

A separação entre sexualidade e procriação provocou uma separação entre procriação e matrimónio, e portanto também entre sexualidade e matrimónio: podemos entrever aqui as condições para o afirmar-se dos «direitos» ao matrimónio e ao filho pretendidas por grupos homossexuais, e estreitamente relacionadas com a ideia de *gender*, ou seja, com a negação da identidade sexual «natural».

Como ressaltou o filósofo francês Marcel Gauchet, estas transformações têm consequências profundas no plano social: se a sexualidade deixa de ser um problema colectivo vinculado ao prolongamento do grupo humano no tempo, e se torna um assunto privado e expressão da própria individualidade, origina-se obviamente uma crise da instituição familiar e uma mundança no

estatuto da homossexualidade. Enquanto outrora, de facto, era a família que produzia o filho como consequência óbvia da actividade sexual dos cônjuges, hoje sempre com mais frequência é o filho desejado que cria a família. E pode ser considerada família aquela de quem quer que deseje um filho.

Cerca de cinquenta anos depois da frase escrita por Simone de Beauvoir, a sua ideia parecia finalmente triunfar. Se as identidades sexuais são apenas construções culturais, é possível desconstruí-las, e é o que se propõem os movimentos feministas e homossexuais.

A chave da revolução do *gender* é a linguagem, como se deduz de alguns ordenamentos jurídicos, nos quais apenas mudando alguns termos - «pais» em vez de «mãe» e «pai», «parentela» em vez de «família» - se conseguiu cancelar nos documentos a família natural. Com outra acção fictícia substituem-se «sexo» com «sexualidade» e «sexuado» com «sexual», para confirmar que a realidade não conta, conta apenas a orientação do desejo. Mas como recorda o estudioso Xavier Lacroix, permanece ao contrário indispensável «reconhecer a contribuição que o carnal dá ao simbólico e ao relacional»: isto é, compreender que a ancoragem física da paternidade num corpo masculino e da maternidade num corpo feminino constitui um dado de facto irredutível e estruturante que deve ser acolhido não só como um limite, mas como uma fonte de significado. É preciso admitir que além do espermatozóide ou do óvulo há alguém, enquanto o conceito de homoparentalidade elimina qualquer legibilidade carnal da origem. Os diversos sistemas de parentela que existem no mundo articularam de vários modos o físico e o cultural, mas articularam-nos sempre, porque o desafio central da família consiste precisamente em manter juntos conjugalidade e parentela.

Trata-se por conseguinte de um verdadeiro desafio antropológico ao fundamento cultural não só da nossa sociedade mas de todas as sociedades humanas, como demonstra a crítica iniciada pelos teóricos do *gender* (por exemplo, da filósofa americana Judith Butler) a Lévi-Strauss e a Freud, culpáveis por terem fundado os seus sistemas

de pensamento sobre a diferença sexual entre homens e mulheres. E a demonização de qualquer tipo de diferença não só se baseia sobre uma utopia de igualdade proposta como via-mestra rumo à felicidade - uma utopia que tem sem dúvida as suas origens precisamente naquela socialista que mostrou as suas desastrosas realizações no século há pouco findado - mas neste caso chega-se a um êxito extremo do pensamento desconstrucionista, isto é, à negação da existência da própria natureza. Se qualquer tipo de diferença, sancionada por uma definição social, foi lida num sistema de poder, na escolta de Foucault, pode-se ver em qualquer superação de paradigma um momento evolutivo de libertação, segundo uma nova forma de darwinismo social. As formas mais difundidas e facilmente vivíveis de relações afectivas e sexuais são assim consideradas como aquelas evoluídas, que portanto se devem impôr, enquanto o «etnocentrismo» é considerado um momento da história do desenvolvimento humano que já não é adequado e que se deve superar.

A ideologia do *gender* foi recebida com entusiasmo sobretudo pelas organizações internacionais, porque corresponde à política de alargamento dos direitos individuais que é considerada o fundamento da liberdade democrática: o problema do género esteve no centro da batalha política nas conferências da ONU do Cairo e de Pequim. É uma história pouco conhecida, isto é como - para se expressar com as palavras do Instituto de pesquisa para o fortalecimento das mulheres (INSTRAW) - «adoptar uma perspectiva de género significa (...) distinguir entre o que é natural e biológico do que é construído social e culturalmente, e no processo renegociar entre o natural - e a sua relativa inflexibilidade - e o social, e a sua relativa modificabilidade». Em conclusão, significa negar que a diversidade entre mulheres e homens sejam naturais, e defender ao contrário que são construídas culturalmente, e por conseguinte podem ser modificadas de acordo com o desejo individual. A adopção de uma «perspectiva de género» foi a linha ideológica seguida com força por algumas das principais agências da ONU e pelas ONGs que se

ocupam do controle demográfico, com o apoio da maior parte das feministas dos países ocidentais, mas com a oposição dos numerosos grupos que surgiram em defesa da maternidade e da família.

Daqui deriva que o termo *gender* (que é mais elegante e mais neutro do que «sexo») não só entrou na nossa linguagem, mas é até usado nas denominações de uma fileira de pesquisa académica - os *Gender Studies* - mas muitas vezes na inconsciência do seu revolucionário significado ideológico-cultural. Contudo, como revelaram os estudos científicos e continuam a demonstrar, falar de identidade masculina e de identidade feminina tem sentido antes de tudo sob o ponto de vista biológico. Além de ser infundada, a teoria do *gender* subentende uma visão política estreitamente perigosa, fazendo crer que a diferença seja sinónimo de discriminação.

Mas, o princípio de igualdade não exige minimamente fingir que todos sejam iguais: só na medida em que a existência da diferença seja efectivamente reconhecida e considerada, se poderá dar a todos, do mesmo modo e em igual grau, dignidade plena e direitos iguais.

Nada de novo, é claro: há tempos que o direito e a filosofia vão afirmando como o significado autêntico do princípio de igualdade reside não no desconhecer as características individuais, fingindo uma homogeneidade que não existe, mas, ao contrário, consiste precisamente em dar a todos as mesmas oportunidades. O laico Norberto Bobbio afirmava que os homens não nascem iguais: é tarefa do Estado pô-los em condição de se tornarem tais. Como afirmam, entre outros, a Igreja católica e parte do feminismo, a verdadeira igualdade verifica-se não só quando sujeitos iguais são tratados de modo igual, mas também quando sujeitos diversos são tratados de modo igual. É claro que a igualdade entre os sexos não se obtém fazendo entrar as mulheres numa categoria abstracta de indivíduo (categoria que, aliás, não existe, sendo ajustada ao modelo masculino), mas alcança-se partindo do pressuposto de que a sociedade é composta por cidadãos e cidadãs.

Uma crítica radical da ideologia do *gender* entendida como teoria da igualdade desenvolveu-se de facto no interior do feminismo: por um lado, no feminismo americano começou-se a individuar uma ética diversa, masculina e feminina. Mas de outras intelectuais feministas a existência de uma diferença feminina é negada também quando esta diferença é proposta em sentido positivo, como moralidade superior fundada na ética da cura, em contraposição com a diferença masculina da justiça e dos direitos, como afirmou a filósofa Carol Gilligan. De facto, esta tese foi submetida a uma crítica rigorosa por outra filósofa, Joan Tronto, que considera a predisposição para a cura apenas como uma construção cultural. Transparece desta contenda a ansiedade de algumas feministas que, na tentativa de pôr fim à condição marginal das mulheres na sociedade, preferem renegar a diferença femina em troca de uma «neutralidade» que lhes parece mais animadora. Esquecendo - como escreve Sylvane Agacinski - que «o que funda a igualdade é a dualidade universal do género humano», ou seja, precisamente evidenciar «a diferença sexual como diferença universal».

Esta linha crítica foi aprofundada por Eva Feder Kittay (*La cura dell'amore*, Vita e Pensiero, 2010). A autora parte de uma das perguntas-chave do feminismo: como é que as mulheres, mesmo quando obtiveram iguais direitos, não obtêm uma igualdade de facto na sociedade? Por que a igualdade de demonstrou tão inalcançável para as mulheres? Kittay responde dizendo que a igualdade só é possível para as mulheres que não têm responsabilidade de cura, e talvez não é tipo de igualdade que as mulheres desejam. Segundo Kittay pode-se esboçar uma crítica do ideal de igualdade que chama «crítica da dependência». Esta crítica de dependência é uma crítica feminista de igualdade e afirma que a concepção da sociedade vista como associação de iguais mascara ou oculta injustas dependências, ligadas à infância, à velhice, à doença e à deficiência. É portanto necessário procurar esclarecer uma ideia de igualdade tão radical que abrace a dependência, porque nenhuma cultura que se prolonga para

além de uma geração se pode considerar protegida das exigências da dependência. Kittay afirma portanto que a igualdade será sempre formal, ou até vazia, enquanto a perspectiva da diferença não fôr reconhecida e incorporada no tecido da teoria e da prática política, estando contudo muito ciente da dificuldade disto, porque o encontro com a dependência raramente é bem acolhido entre quantos se nutrem de liberdade ideológica, de auto-suficiência e de igualdade. Com a criação das utopias de igualdade e de autonomia individual, construímos ficções que nos danificam, porque se fundam sobre um ideal que pressupõe independência, muito distante da realidade. As mulheres já sabem, afirma Kittay, que a neutralidade de género mais não fará que perpetuar aquelas diferenças que já estão em jogo. Por outro lado, se pomos em evidência a diferença, corremos o risco de reduzir as mulheres a meras vítimas.

É conhecida a posição da Igreja em relação a este tema, bem esclarecida pela Carta aos bispos da Igreja católica sobre a colaboração do Homem e da Mulher na Igreja e no mundo do então cardeal Ratzinger. Mas é interessante encontrar elementos desta polémica contra o *gender* em muitas feministas laicas, que contribuem para a criação de uma opinião pública crítica em relação à introdução deste termo nos textos públicos e às leis que deles derivam. Existem também contradições no interior da sociedade contemporânea que tornam difícil uma verdadeira aplicação da teoria do *gender*, com a qual se confrontam também os organismos internacionais. Como indica Giulia Galeotti (*Gender Genere, Viverein*, 2010), de facto, os nós para desfazer são pelos menos três: em primeiro lugar assiste-se hoje a um incremento da feminilidade e masculinidade nas mulheres e nos homens ocidentais, também nos vestir prevalecem menos os sujeitos indistintos; em segundo lugar a escassa presença feminina no Parlamento. A vontade de dividir o poder entre homens e mulheres só pode ser legítima quando se admite que o sexo não é uma característica social mas um aspecto diferenciado universal; por fim a questão do aborto, na qual as legislações estabelecem que só a mulher decide. Mas se é assim, então as mulheres existem!

2 - ENTRE SEXO E GÉNERO

Pedro VAZ PATTO

Tem sido noticiada a proposta dos partidos de esquerda para que na redacção do artigo 13º da Constituição da República, onde se consagra o princípio da igualdade e não discriminação e se faz referência ao *sexo* como um dos motivos de discriminação arbitrária, essa palavra seja substituída por *género*. Tornou-se corrente, na verdade, a expressão *igualdade de género* para designar algo que anteriormente era designado como *igualdade entre sexos* ou *igualdade entre homem e mulher*. Não se trata, no entanto, de uma simples e anódina actualização linguística. É bom alertar para o alcance ideológico da modificação: exigem-no a honestidade e transparência próprias de uma democracia autêntica. Uma questão *fracturante* está longe de merecer o consenso alargado próprio de um texto constitucional.

Estamos perante uma agenda de afirmação ideológica. Está em causa a afirmação da chamada *ideologia do género* (*gender theory*) e a sua tradução no plano legislativo. Parte esta teoria da distinção entre *sexo* e *género*. O *sexo* representa a condição natural e biológica da diferença física entre homem e mulher. O *género* representa uma construção histórico-cultural. Há apenas dois *sexos*: o masculino e o feminino. Há cinco géneros (ou até mais, de acordo com outras versões): o heterossexual masculino e feminino, o homossexual masculino e feminino e o bissexual. O *sexo* é um fato empírico, real e objectivo que se nos impõe desde o nascimento. A *identidade de género* constrói-se através de escolhas psicológicas individuais, expectativas sociais e hábitos culturais, e independentemente dos dados naturais. Para estas teorias, o *género* assim concebido deve sobrepor-se ao *sexo* assim concebido. E como o *género* é uma *construção* social, este pode ser *desconstruído* e *reconstruído*. As *gender theories* sustentam a irrelevância da diferença sexual na construção

da *identidade de género*, e, por consequência, também a irrelevância dessa diferença nas relações interpessoais, nas uniões conjugais e na constituição da família. Daqui surge a equiparação entre uniões heterossexuais e uniões homossexuais. Ao modelo da família heterossexual sucedem-se vários tipos de “família”, tantos quantas as preferências individuais e para além de qualquer “modelo” de referência.

É um novo paradigma antropológico, uma verdadeira “revolução cultural” que representa a ruptura com a matriz judaico-cristã da nossa cultura («*Homem e mulher os criou* - afirma o Génesis), mas também com um dado intuitivo da razão universal (*A espécie humana não se divide entre heterossexual e homossexual, mas entre homens e mulheres* – afirmou a propósito o político socialista francês Lionel Jospin).

Pretende-se impor esta ruptura desde cima, desde as instâncias do poder. Ela não surge espontaneamente da sociedade civil e da mentalidade corrente. Pretende-se transformar através da política e do direito essa mentalidade. E o que está em causa não é um aspecto secundário, mas referências culturais fundamentais relativas à relevância da dualidade sexual. Admitir que a Lei sirva propósitos destes, numa pretensa *engenharia social*, revela tendências mais próprias de um Estado totalitário do que de um Estado respeitador da autonomia da sociedade civil.

3 – HOMOFILIA E LIBERDADE RESPEITO E LIBERDADE NA “IDEOLOGIA DE GÉNERO”

Pe. John FLYNN e Jesus COLINA¹

Os grupos activistas da homofilia e de outras “filias” de género, estão a revelar-se cada vez mais intolerantes e agressivos. Defendendo a sua “escolha” como uma opção livre, numa sociedade livre, têm vindo a negar a liberdade de opção contrária, à medida que os seus elementos conseguem tomar de assalto lugares e postos de decisão e influência. Apoiados em decisões legais tomadas em nome de uma suposta liberdade e não discriminação, os apoiantes activos das tristes “marchas do orgulho gay”, ou LGBT, hostilizam abertamente os que discordam das suas escolhas e atitudes. Vemo-los utilizar a violência verbal ou física, e conseguir decisões, quer legais, quer sociais e profissionais, que são verdadeiros atentados à liberdade e às regras mais elementares de convivência humana. Como seria de esperar, os cristãos estão entre os primeiros a serem hostilizados.

Recuemos um pouco no tempo, apenas até 2009.

1) “LIBERDADE” E PERSEGUIÇÃO

– A questão de legalizar casamentos entre pessoas do mesmo sexo continua a estar em primeiro plano nos debates, nos Estados Unidos. Em 2009 o Supremo Tribunal Californiano aceitou um referendo que alterou a Constituição Estadual reservando os casamentos a casais heterossexuais, invalidando uma decisão anterior do mesmo Tribunal, que legalizara os casamentos do mesmo sexo.

¹ WHO Regional Office for Europe and Federal Centre for Health Education (BZgA): Standards for Sexuality Education in Europe. A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Cologne 2010, ISBN 978-3-937707-82-2, acessível em <http://www.bzga-whocc.de/>

Nas semanas que precederam essa decisão, o casamento entre pessoas do mesmo sexo foi legalizado em três Estados, existindo assim cinco Estados que permitem tais casamentos – Massachusetts, Connecticut, Maine, Vermont e Iowa. Este último viu a legalização introduzida por uma decisão do Supremo, e não por votação do legislativo.

Nos debates foi sempre levantada a questão da liberdade religiosa.

Liberdade religiosa

Será que a introdução do casamento entre pessoas do mesmo sexo, ameaça a liberdade religiosa? Uma análise recente foi feita no fórum patrocinado pela Pew Forum on Religion and Public Life. Os possíveis conflitos foram discutidos e publicados em 21 de Maio, por Professores de Direito da The George Washington University.

Referiram que uma das preocupações dizia respeito à doutrina defendida publicamente nas Igrejas, opondo-se ao casamento entre pessoas do mesmo sexo, podendo assim incorrer em sanções, porque a pregação contra a homossexualidade em sermões ou homilias tornar-se-ia numa ofensa criminal.

Outras preocupações envolvem instituições religiosas, como hospitais e universidades, que temem ser obrigados a fornecer os mesmos benefícios aos casais do mesmo sexo, como actualmente fazem para os casais heterossexuais.

Isto não é apenas uma teoria. Já em 2006, a Catholic Charities, em Massachusetts, teve de suspender o seu serviço de adopção, pois as leis estaduais antidiscriminação foram alteradas, tornando obrigatória a oferta de crianças para adopção por casais do mesmo sexo.

Outra área de preocupação envolve empresas privadas e pessoas que tenham objecções religiosas ao casamento do mesmo sexo. Isto poderia envolver aqueles que prestam serviços para casamentos ou alugar imóveis.

Nos seus comentários, os professores admitiram que a situação legal de tais objecções religiosas não foi tomada em linha de conta.

Protecção necessária

Até agora, os religiosos opositores não conseguiram decisões favoráveis nos acórdãos judiciais, de acordo com um artigo publicado no dia 10 de Abril de 2009 pelo Washington Post.

Entre os exemplos citados apontam-se os seguintes:

- Uma fotógrafa cristã foi forçada pela Comissão dos Direitos Civis do Novo México a pagar US\$ 6.637 em custos de advogado depois de se ter recusado a fotografar a cerimónia de compromisso de um casal do mesmo sexo.

- Uma psicóloga na Geórgia foi despedida depois de se ter recusado, por motivos religiosos, a aconselhar uma lésbica sobre o seu relacionamento.

- Médicos cristãos especialistas em fertilização, na Califórnia, que se recusaram a inseminar artificialmente uma paciente lésbica, foram levados a julgamento pelo Supremo Tribunal do Estado por invocarem as suas crenças religiosas para recusar o tratamento.

- Um *site* de namoro on-line, e Harmony, criado por um cristão evangélico, Neil Clark Warren, teve de aceitar prestar serviços a homossexuais, depois de ter sido processado por um homem de Nova Jersey, que acusou o site de discriminação.

Um artigo publicado no dia 3 de Maio de 2009 no “Los Angeles Times” chamava a atenção para a necessidade de conseguir uma maior protecção jurídica para os opositores, por motivos religiosos, ao casamento entre pessoas do mesmo sexo. Robin Wilson, um professor da Escola de Direito da Universidade Washington & Lee, afirmou que, até agora, nenhum Estado tem fornecido garantias suficientes de liberdade religiosa ao legalizar casamentos do mesmo sexo. Wilson admitiu que a legislação em Connecticut e Vermont continham disposições para a objecção de consciência, mas as cláusulas ainda não fornecem uma protecção suficiente para as pessoas,

como os conselheiros matrimoniais, organizadores de festas de casamento, e fotógrafos.

“Devido a essas leis, muitas pessoas poderiam ter de escolher entre a consciência e o ganha pão”, disse Wilson.

Conflitos no emprego

A Grã-Bretanha também tem vivido muitos conflitos e batalhas jurídicas sobre este assunto. Em 2009 as Igrejas manifestaram receio de que as novas leis antidiscriminação as obrigasse a aceitar pedidos de emprego por homossexuais, informou o jornal Telegraph, no dia 20 de Maio.

A legislação entrou em vigor em 2010, e as Igrejas viram os seus receios confirmados numa intervenção da vice-ministra das igualdades Maria Eagle, afirmando que a lei iria abranger praticamente todos os empregados das Igrejas.

“As circunstâncias em que as instituições religiosas podem não praticar a plena igualdade estão longe e são poucas”, disse ela, de acordo com o Telegraph.

A Cláusula da Igualdade, aprovada pelo Parlamento, dá uma interpretação restrita para os papéis em que é possível excluir homossexuais com base em objecções religiosas. Seria limitado somente para aqueles que celebram a liturgia ou passam a maior parte de seu tempo ensinando a doutrina.

Cristãos que se opuserem à homossexualidade estão a ser cada vez mais pressionados na Grã-Bretanha. Essas pessoas foram descritas como “homofóbicos retardados” pela Associação Britânica para a Adopção e Fomento, uma agência estatal de financiamento, noticiou o jornal Daily Mail no dia 14 de Maio de 2009.

A agência estabelece regras e organiza a formação de trabalhadores sociais em todo o país, de acordo com o artigo.

Conflitos no Trabalho

Uma série de casos recentes demonstram que os cristãos enfrentam o risco de perder os seus empregos se expuserem

objecções de acordo com as suas consciências. David Booker, um trabalhador de caridade, foi suspenso por duas semanas na sequência de uma conversa que teve com outro membro da chefia em que ele falou de sua oposição ao casamento entre pessoas do mesmo sexo, noticiou o jornal Telegraph em 11 de Abril. Booker insistiu que ele não é um intolerante e apenas se tinha limitado a manifestar a sua opinião pessoal. Seu colega também tinha assegurado que ele estava expressando suas opiniões e que elas não foram ofensivas, acrescentou o artigo do Telegraph, mas de nada lhe valeu.

Em 22 de Março de 2009, o Telegraph havia relatado o caso dos proprietários de um hotel, Pedro e Hazelmery Bull. Um casal do mesmo sexo processou os proprietários cristãos de um hotel à beira-mar que se recusaram a alugar-lhes um quarto.

Novas regulamentações acrescentadas à Lei da Igualdade, em 2007, tornam ilegal recusar a uma pessoa mercadoria ou acessórios em razão da sua sexualidade.

Outro caso envolveu uma funcionária empregada pelo Conselho Islington no Norte de Londres. Lillian Ladele negou-se a realizar cerimónias de registo civil do mesmo sexo. O Conselho ganhou um recurso contra uma decisão anterior que o tinha considerado culpado de discriminação contra Ladele e suas opiniões, relatou a BBC em 19 de Dezembro de 2009.

Durante décadas os defensores dos direitos dos homossexuais apelaram à tolerância e compaixão. Mas estas qualidades faltam agora, quando eles estão cada vez mais a dominar os meios decisores.

2) HOMOFILIA E ABORTO NAS ORGANIZAÇÕES SUPRA-NACIONAIS

Em 27 de Janeiro de 2010 foi votada e aprovada no Parlamento Europeu uma resolução sobre a “ideologia de género”. Dois dias depois foi igualmente votada e aprovada uma segunda resolução, liberalizando o aborto, mas com algumas alterações importantes. Estes dois factos levaram a agência Zenit a pedir um comentário a

um especialista em Direito Europeu, Grégor Puppink. O comentário foi recolhido por Jesus Colina, sob a forma de entrevista, que transcrevemos parcialmente.

A primeira resolução diz respeito à defesa e promoção dos “direitos” dos LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transexuais), entre eles o casamento, a adopção e a inseminação artificial, e é sobre essa resolução que vamos falar.

Grégor Puppink é o director do *European Centre for Law and Justice*², uma ONG com sede em Estrasburgo, especializada em Direito Europeu. Participou nos trabalhos do “Comité de especialistas sobre a discriminação por motivo da orientação sexual e da identidade de género” (DH-LGBT), do Conselho da Europa.

• Que problemas concretos apresenta o relatório sobre os direitos dos LGBT?

G. Puppink: O relatório de M. Andréas Gross, cujo título preciso é “Discriminação por motivo da orientação sexual e da identidade de género”, é problemático porque não se limita ao objectivo respeitável de querer proteger as pessoas LGBT da violência e das discriminações injustificadas.

Na realidade, a resolução tende a forçar a opinião e as consciências, impondo a ideia segundo a qual todo tipo de relações (heterossexuais, homossexuais, bissexuais ou transexuais) seriam equivalentes do ponto de vista da natureza e da moral.

Como resultado disso, não se permitiria nenhuma distinção moral, política ou jurídica, por exemplo, em relação ao casamento, à adopção ou à inseminação artificial.

E indo muito além da legítima protecção das pessoas LGBT contra a violência psíquica e as discriminações injustificadas, esta resolução viola vários direitos fundamentais.

Em primeiro lugar, as liberdades de opinião, de expressão e de religião são enfraquecidas, já que não se considerará admissível ter uma opinião moral ou religiosa sobre a homossexualidade. É

simplesmente o direito de *não concordar* que é retirado em benefício de um pensamento único, em nome da “erradicação da homofobia e da transfobia”.

A liberdade da Igreja e dos crentes está directa e actualmente ameaçada neste âmbito. Depois, o interesse dos filhos e das famílias também se vê igualmente ameaçado. De facto, a família e os filhos já não são reconhecidos como realidades naturais em si, mas como desejos subjectivos.

Dado que os adultos LGBT têm o *desejo*, esta resolução conclui que existem “direitos” para eles de casar, adoptar filhos e fundar uma “família”, como se as realidades naturais não existissem.

Quanto ao interesse superior do filho, faz-se silêncio. Por outro lado, insiste-se no relatório, que seria conveniente educar os filhos desde a mais tenra idade contra os preconceitos.

• Qual é a filosofia subjacente nesta resolução?

G. Puppink: A afirmação dos direitos das pessoas LGBT realiza-se, por um lado, pela negação das diferenciações objectivas entre a realidade de um casal heterossexual e as relações LGBT. E, por outro lado, sobre o fundamento de uma neutralização moral da sexualidade, especialmente na sua variante LGBT.

Esta resolução baseia-se no pressuposto de que a sexualidade é externa à esfera da acção moral. Ora a sexualidade humana, como toda actividade voluntária, possui uma dimensão moral: é uma **actividade** que põe em marcha a vontade individual ao serviço de uma finalidade; não é uma “**identidade**”.

Por outras palavras, depende do agir e não do ser, inclusive ainda que as tendências homossexuais pudessem estar profundamente arraigadas na personalidade.

Negar a dimensão moral da sexualidade equivale a negar a liberdade da pessoa na matéria e leva a atentar, em última instância, contra sua dignidade ontológica.

As consequências deste pressuposto aparecem ao longo do texto que é submetido ao exame e à votação da assembleia.

Assim, por exemplo, compara-se o comportamento sexual com critérios como a etnia, a idade ou o sexo, apesar de estes últimos critérios serem vulgarmente aceites pela sua própria objectividade; caem no “ser”, e não no agir.

Num sentido mais geral, a principal consequência – e o objectivo, sem dúvida – da libertação da sexualidade da esfera da acção moral, é impedir a própria possibilidade de uma avaliação moral do comportamento.

Como resultado, a justificação moral de uma diferença de tratamento – de uma discriminação – torna-se possível: os diversos tipos de comportamento sexual são presentes *in abstracto* como neutros e equivalentes entre si.

Assim, torna-se impossível e inclusive proíbe-se exprimir uma opinião sobre esta questão.

Pelo contrário, a aproximação clássica e propriamente jurídica do conceito de discriminação baseia-se na avaliação *in concreto* das circunstâncias que justificam – ou não – uma diferença de tratamento.

Atenta-se assim contra o direito de ter uma opinião pessoal sobre um tipo de comportamento determinado, e a agir em consequência na esfera própria.

Proíbe-se avaliar, do ponto de vista moral, a diferença entre as realidades diversas que são um casal heterossexual e as relações LGBT, condenados a adoptar um enfoque indiferente, incapaz de responder às reivindicações idealistas de pretendidos “direitos”, como o direito ao casamento, à adopção e à procriação medicamente assistida.

E isso porque existe o imperativo de preservar as liberdades jurídicas de consciência e de religião, de pensamento e de palavra.

• **Como trabalha o *European Centre for Law and Justice* (ECLJ), neste sentido?**

G. Puppinck : Como ONG especializada em Direito Internacional e Europeu, o ECLJ escreveu uma memória muito profunda, detalhada, baseando-se numa análise puramente jurídica, indicando os elementos desta resolução que devem ser corrigidos.

Esta memória está disponível, em inglês, no site do ECLJ.

Preparamos a memória a pedido de um grupo de deputados activos dirigido pelo dinâmico deputado italiano Luca Volontè.

Até agora, a Assembleia Parlamentar agiu com uma relativa indiferença sobre algumas questões, mas são muito sensíveis quando as suas recomendações têm uma influência real, especialmente na jurisprudência do Tribunal Europeu de Direitos Humanos.

É, portanto, importante acompanhar de perto os seus trabalhos. Nos últimos anos, outras ONGs realizaram uma actividade de *lobbying* directo e clássico, por exemplo, convidando os deputados a escreverem.

Isso funciona muito bem. Os dados dos deputados encontram-se no site da Assembleia Parlamentar.

• **E com relação ao outro texto, sobre a demografia, que será votado também nesta semana?**

G. Puppinck: Trata-se de uma resolução intitulada “Quinze anos depois do Programa de Acção da Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento” (Conferência do Cairo). O ECLJ exprimiou a sua preocupação pela promoção do aborto como meio de controle demográfico e de planeamento familiar.

Durante a negociação do Programa de Acção do Cairo, os Estados membros das Nações Unidas excluíram explicitamente o aborto dos meios de regulação dos nascimentos, assim como se excluiu a afirmação de um hipotético “direito” fundamental ao aborto.

Também para esta resolução, o ECLJ realizou um estudo de fundo, disponível, em francês e inglês na internet, e que provocou um primeiro adiamento do exame do texto, previsto inicialmente para a última sessão.

Nesta análise, insistimos muito no facto de que promover o aborto viola os valores fundamentais sobre os quais está construído o Conselho da Europa. Esta promoção é contrária à protecção da vida humana e da dignidade, assim como ao respeito da soberania nacional.

O Programa de Acção do Cairo não criou o “direito” ao aborto, e deixou aos Estados membros o encargo de decidir o grau de protecção do qual é beneficiada a criança por nascer nos seus países. O Programa de Acção indica que a realização das suas recomendações “é um direito soberano que cada país exerce de maneira compatível com suas leis nacionais e suas prioridades em matéria de desenvolvimento, respeitando plenamente as diversas religiões, os valores éticos e as origens culturais do seu povo, e em conformidade com os princípios dos direitos humanos reconhecidos universalmente”.

3) INTOLERÂNCIA E PERSEGUIÇÃO VÃO PROGREDINDO

A notícia chega-nos da Croácia (Zagreb), país de larga maioria católica, com data de 20 de Março de 2011 (Zenit.org). Neste país, uma professora está a ser processada por supostos comentários sobre homossexualidade.

Os católicos croatas não estão acostumados a fazer manifestações públicas, mas nessa semana foram às ruas para protestar contra a cristianofobia no país.

Em nota enviada a ZENIT, Vincent Batarello, um leigo da comunidade virtual *Vigilare*, informou que a manifestação, pacífica, ocorreu na segunda-feira em frente a um fórum de Zagreb, onde uma professora de religião foi denunciada por uma organização lésbica. A *Vigilare* ajudou a organizar a manifestação.

O grupo lésbico, Kontra, apresentou denúncia contra Jelena Mudrovcic porque ela teria afirmado que a “homossexualidade é

uma doença”. A professora negou as acusações e afirmou que apenas ensinou o que está escrito no livro-texto de religião.

A estudante que denunciou Mudrovcic não participou da aula, mas comentou o facto com sua mãe, Marina Vukusic, que encaminhou as acusações contra a professora ao grupo activista lésbico.

O Kontra invocou uma lei de combate às discriminações aprovada há poucos anos na Croácia. Na ocasião, os representantes da Igreja haviam protestado alegando que a lei poderia ser usada para suprimir a liberdade religiosa, afirmou Batarello.

O sistema educativo esta tal permite as aulas de educação católica como cursos opcionais, mas o Kontra afirmou a sua intenção de mudar este quadro. Mais de 200 católicos manifestaram-se diante do fórum com cartazes pedindo *Stop Christianophobia*.

Batarello explicou que se trata de “um momento histórico, pois é a primeira vez nos vinte anos de independência da Croácia que os católicos saíram às ruas”.

“O objectivo foi atingido e criamos um padrão para acções futuras”. Batarello observa que esta notícia é “especialmente pertinente para animar os católicos e os cristãos na Europa oriental, antigos países comunistas, a lutarem pelas suas crenças”.

Assim vai o conceito de liberdade na cabeça dos homofílicos e companhia (LGBT).

4 – ORIENTAÇÕES SEXUAIS: QUANTAS? - OS DESVIOS DO GÉNERO -

Babette FRANCIS*

Poucos países têm aceite a ideologia do género tão a sério como a Austrália. No início havia apenas o homem e a mulher. Apareceu a homossexualidade. Depois apareceram as *Lésbicas*, mais tarde os *Gays*, os *Bissexuais*, os *Trans-sexuais* e os *Queers* (esquisitos). Porém, quem pense que a sigla *LGBTQ* esgota o vocabulário representativo das sexualidades contemporâneas está tristemente fora da realidade. Por exemplo, os trans-sexuais estão divididos naqueles que estão à espera das hormonas, nos que foram submetidos à acção das hormonas, nos que se submeteram às hormonas e à cirurgia, e nos que têm hormonas e cirurgia e não se identificam com a situação querendo regressar ao ponto de partida.

A *Australian Human Rights Commission (AHRC)* adiantou recentemente novas propostas. Num extraordinário documento designado por “*Protecção contra a discriminação com base na orientação sexual e/ou identidade de género*”, a AHRC avançou uma nova lista de “géneros” que esperam o reconhecimento institucional em nome do respeito pela liberdade, tendo solicitado às autoridades federais a inevitável legislação antidiscriminatória. No dia em que escrevo estas linhas sobre os *géneros humanos* podem descrever-se as seguintes categorias (admito que quando forem lidas o número possa ter aumentado): *transgenéricos (ou transgéneros ou simplesmente trans)*, *trans-sexuais*, *intersex*, *andróginos*, *agenéricos (ou agéneros)*, *terceiro sexo*, *terceiro género*, *drag-king*, *drag-queen*, *cross-dresser*, *genderfluid*, *genderqueer*, *intergender*,

* Coordenadora Nacional e Internacional do Endeavour Forum Inc., com o estatuto de consultora especial junto do Conselho Económico e Social das Nações Unidas; in www.phplist.com

neutrois, pansexual, pangendered, sistergirl and brotherboy.² Assim, se contarmos todos os géneros desta lista LGBTQ, encontramos 23 categorias diferentes sem considerar as divisões subgenéricas. Para efeitos de identificação, as comunidades do género aceitam-se entre si com a sigla LGBTQI (o I final significa *Intersexo*). Se não se quisesse correr riscos discriminatórios e se se pretendesse incluir democraticamente na sigla identificadora todas as linhas deste notável movimento ter-se-ia que acrescentar todas as outras letras do alfabeto. A legislação sobre esta difícil e melindrosa matéria exigirá negociações prolongadas para criar a regulamentação das instalações sanitárias e de todas as unidades próprias de cada género no sentido de oferecer iguais oportunidades de acesso e de utilização tal como a legislação federal australiana estipula.

Em Outubro último, a Comissão Australiana para os Direitos Humanos (CADH) procedeu em duas cidades australianas (Sydney e Melbourne) a uma consulta pública na qual foi dada a oportunidade aos cidadãos de manifestarem os seus pontos de vista sobre as “questões do género”. Eu estive presente e tive oportunidade de me manifestar. Na nota introdutória ao texto do inquérito, a Sra. Catherine Branson Q. C., presidente da CADH, afirmava que a consulta pública se referia fundamentalmente à não discriminação do género nos termos dos Princípios de Yogyakarta (Não! Yogyakarta não constitui uma nova identidade de género; é uma cidade da Indonésia onde um núcleo de activistas pró-género se reuniu). Branson afirmou, então, que, se bem que os Princípios de Yogyakarta não estivessem ainda internacionalmente aceites, aquelas regras constituíam um “*um consenso internacional e uma referência quanto aos direitos humanos que a sociedade australiana aceitava*”. Afirmei então publicamente que os citados Princípios de

² N. do T.: Perante a dificuldade de traduzir todos os termos óptimos nalguns pela designação original em inglês. A autora confessa que não conhece o significado de termos como neutrois. Selecção e tradução de A. Laureano Santos.

Yogyakarta não tinham sido aceites pela ONU e que tinham sido várias vezes rejeitados em Nova Iorque nos debates sobre “orientação sexual” nos quais eu própria participei. Possivelmente Branson não esperaria que naquela ocasião na Austrália estivesse presente alguém que tivesse participado na reunião de Nova Iorque – na verdade, ela ficou desapontada depois do meu comentário em público. Porém, respondeu que no Canadá foram recentemente aprovadas regras de protecção à “*identidade do género*” e à “*expressão do género*” que foram integradas na Declaração Canadiana dos Direitos Humanos, as quais brevemente iriam ser apresentadas na Câmara dos Comuns.

Este ano, em Março houve nova reunião da Comissão sobre o Estatuto da Mulher (CEM) em Nova Iorque na qual eu voltei a estar presente. Houve outro debate sobre o conteúdo do termo “*género*”. Na verdade, esta designação tem sido largamente utilizada em muitos documentos oficiais no passado e no presente sem que nunca tenha sido completamente esclarecido o seu significado. Este ano, o representante da Santa Sé, que nestas reuniões representa frequentemente muitas nações da Ásia, da África e das Caraíbas, insistiu em que se explicitasse o sentido em que o termo “*género*” é empregue nos documentos oficiais. Como resultado dessa intervenção, o texto das conclusões foi modificado no sentido da utilização dos termos “*homem*” e “*mulher*”, e em todos os casos em que o termo “*género*” foi utilizado não havia possibilidades de equívoco visto que se referia sem excepção aos géneros feminino e masculino.

De facto, a única referência ao “*género*” na lei internacional existe no Estatuto do Tribunal Internacional de Roma nos seguintes termos: “*a designação género refere-se aos dois sexos, masculino e feminino, no contexto da sociedade humana. O termo género não tem outro significado além do que se refere neste texto.*” Nos círculos da União Europeia reconhece-se que o “*género*” se refere a uma ideia social ainda mal definida mas procura-se acalmar a opinião pública, sobretudo dos países do sul da Europa, dizendo que “*todos*

conhecemos o sentido do termo”. Um delegado presente numa das reuniões de negociação afirmou “*se estas questões semânticas não constituem um problema real por que razão o estamos a colocar na discussão?*”.

O tema “*género*” é muito frequente nas reuniões da ONU, estando directa ou indirectamente presente mesmo que se admita que as mulheres no mundo têm outras necessidades muito mais urgentes para resolver, como as questões que se referem à água potável, às estradas, à electricidade, às instituições de educação e às instituições de cuidados de saúde materno-infantil. Nos debates deste ano, uma vez mais, tive a sensação do “*déja vu*”, lembrando-me de um incidente ocorrido há alguns anos em Nova Iorque. O delegado da Nicarágua recusou aceitar qualquer outra definição de “*género*” que não se referisse ao masculino ou feminino. O representante do governo da Suécia ameaçou com a suspensão da ajuda financeira do seu país à Nicarágua se o seu representante naquela reunião não fosse substituído. A Nicarágua depende da ajuda financeira dos países estrangeiros e o resultado foi o de que o representante da Nicarágua foi realmente substituído. Quando se retomou o debate sobre o “*género*” o novo delegado da Nicarágua afirmou inocentemente: “*mas no meu país o género é apenas masculino e feminino*”. Este foi apenas mais um exemplo triste de como os países ricos se comportam com outras nações no que se refere aos seus “*fetiches*” sexuais.

Quando o Partido Trabalhista Australiano ganhou as eleições para o governo da Austrália em 2007 criou vários gabinetes “*Observatórios*”. Assim, foram criados um “*Observatório para os Combustíveis*”, um “*Observatório para a Pesca às Baleias*” e um “*Observatório para a Distribuição de Bens de Consumo*”. O governo não teve muito sucesso com estas políticas, visto que os observatórios sempre demonstraram muito pouca eficácia relativamente aos objectivos para que foram propostos. Pois bem,

o governo trabalhista actual acaba de propor um “*Observatório para o Género*”. As grandes e as médias empresas irão ser objecto de inquéritos sobre o número de mulheres que empregam com penalidades propostas se não cumprirem as regras instituídas sobre as quotas de mulheres empregadas e as que ocupam lugares no topo da administração, justificando esta medida pelo facto da Austrália ser o penúltimo país da OCDE no *ranking* do número de mulheres empregadas nos cargos de chefia das empresas.

Porém, as cotas e as instalações sanitárias separadas não constituem medidas suficientes para caracterizar a “*igualdade de género*”. A activista australiana Katrina Fox que em 2008 foi co-autora do livro *Trans People in Love* escreveu recentemente uma peça agora submetida à Comissão Australiana de Radiodifusão intitulada “*O Casamento precisa de uma Redefinição*”. O conteúdo da peça defende que todos os preconceitos acerca do casamento devem ser banidos da sociedade. Deve adoptar-se uma atitude inclusiva começando por permitir que todos os indivíduos se possam casar qualquer seja o seu sexo ou o seu género, incluindo aqueles que se reclamam de não terem sexo nem género e os que consideram que o seu sexo ou o seu género são indeterminados.

“*Indeterminados?*”, pergunto eu! Mas, na verdade, ainda existirá alguém em dificuldades para se integrar nos 23 géneros propostos pela *LGBTQ*? Katrina Fox, a autora da peça em apreciação pela radiodifusão australiana, vai mesmo mais longe no seu generoso ímpeto inclusivo quando afirma: “*Eu não condeno as pessoas que casam com objectos inanimados como aquela mulher alemã que casou com o muro de Berlim e ficou destruída quando o seu marido foi demolido em 1989...*”.

Nunca admiti que alguém pudesse amar tão dramaticamente o Muro de Berlim e que quando o Presidente Reagan disse: “*Deite*

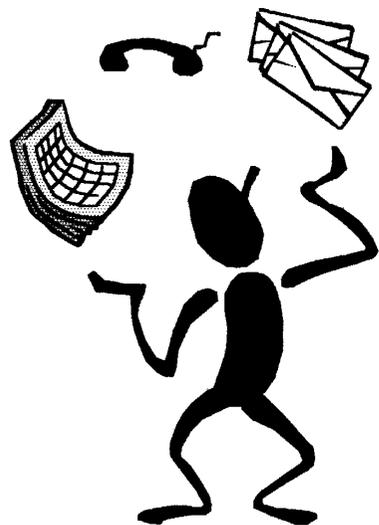
abaixo esse muro, Sr. Gorbachev!”, ele estava na realidade a pronunciar a morte de um casamento feliz.

21 de Março de 2011

Resumo

Orientações sexuais. Os desvios do género. Babette Francis.

A ideologia do género criou uma série de designações cujo número não tem cessado de aumentar nos últimos anos, contribuindo para a confusão nos conceitos em domínios particularmente relevantes para as sociedades contemporâneas, nomeadamente no que se refere à educação, à sexualidade e à família. A autora, coordenadora de um movimento pró-vida na Austrália e conselheira de uma instituição da ONU, refere-se a várias atitudes oficiais na Austrália e no âmbito de instituições internacionais das Nações Unidas que documentam a desadaptação das propostas originadas pelas instâncias da “ideologia do género”.



NOTÍCIAS
E
COMENTÁRIOS

Branca

CÉLULAS ESTAMINAIS - CONGRESSO

Em Novembro próximo o Vaticano vai realizar um Congresso sobre células estaminais, intitulado «**Células Estaminais adultas: a Ciência e o futuro do Homem e da Cultura**». Serão três dias de trabalho, organizados pelo departamento «Ciência e Fé» do Conselho Pontifício da Cultura, que irão decorrer na sala Paulo VI.

Tomasz Trafny, director do referido departamento, disse aos jornalistas que o objectivo do congresso é “estudar o impacto cultural da investigação com células estaminais adultas e da medicina regenerativa, a médio e a longo prazo”.

Robin Smith, da empresa NeoStem, falou do potencial contido nestas células para aliviar a dor, assim como das enormes possibilidades reconstrutivas, sem necessidade de destruir outra vida humana, ao contrário do que acontece com as células recolhidas em embriões. Estas, além disso, têm uma taxa de rejeição muito superior à das que são colhidas no adulto, para serem utilizadas no próprio dador.

«ACÇÃO MÉDICA» HÁ 50 ANOS

Vem gordo, quasi atingindo as 70 páginas, este número (de Abril a Junho de 1961), talvez por assim se assinalarem os 25 anos da nossa revista (e o seu número 100). Três dos artigos nele contidos certamente mereceriam, pela sua valia e extensão, resumo e comentários bem mais alargados do que é possível fazer, aqui e agora (como se costumava dizer em tempos que já lá vão).

O Dr. Diamantino Martins apresenta “Algumas noções de Psicologia para a Enfermagem”; o texto resume as principais áreas

e tarefas da Psicologia e refere com alguma minúcia os testes e as metodologias de que se socorre o psicólogo; tudo isto, como é óbvio, à luz das correntes da época.

Bem mais actual é o contributo da Dr^a Alda Lara, extraído da sua tese de licenciatura. De facto, ao analisar a questão das “Deficiências psíquicas provocadas por carência de cuidados familiares”, a Autora ultrapassa as limitações implícitas a este tipo de revisão e às próprias teorias psicopatológicas reinantes na época, ao insistir com particular veemência nos danos causados às crianças pelas carências afectivas e de aprendizagem resultantes da ausência (ou incapacidade) dos familiares mais significativos, com particular relevância para a mãe. A tese da Autora é a de que todas as circunstâncias, acontecimentos e situações que dificultam ou perturbem a “simbiose familiar” terão repercussões graves para a criança, afectando o seu equilíbrio psíquico, intelectual e afectivo. A fase vulnerável da criança iria desde o nascimento até aos 7 anos. Apontam-se como causas de disrupção do equilíbrio familiar as separações impostas por hospitalização, internamento asilar, falecimento de pais, violência e/ou excessivo rigor educacional, frieza ou falta de afecto parental, etc. Baseada em Rof. Carballo, a Autora aponta a importância do estabelecimento de relações somato psíquicas durante a gestação, no que nos parece ser uma posição precursora do agora vasto campo de investigação da relação mãe-feto. Também interessante é o papel que deseja seja desempenhado pelos e pelas “substitutas maternas”, quando as circunstâncias não permitam restabelecer ou reforçar, se ainda existe, a rede dos cuidados familiares. Hoje, em que à lista de exclusões dessa rede se acrescenta, com enorme significado, o divórcio e a conseqüente separação, total ou parcial, de um dos progenitores, estas considerações convidam a mais aprofundado estudo.

Longas são também as 2^a e 3^a partes do estudo sobre “Assistência hospitalar rural”, da autoria do Dr. Luís António Vaz Tecedeiro, a que já aludimos no número anterior. Trata-se de um trabalho muito cuidado, visando, nestas partes, os serviços de saúde prestados pelas

Misericórdias. Como se vê, assunto inteiramente actual, sobretudo no momento em que o Estado deixa de ocupar ou de manter protocolos com algumas Misericórdias. A análise, por vezes bastante crítica, dessas instituições não será, certamente, apropriada para a actual situação, mas contém aspectos que revelam conhecimento desta matéria e que não estão, de modo algum, ultrapassados. O que aqui se refere quanto às relações entre direcção administrativa e direcção clínica, ou aos conflitos intra-institucionais, ou à falta de coerência com o espírito de amor caritativo que é a *fons vitae* das Misericórdias, ou ainda à transformação gradual do “Compromisso” nuns estatutos de vulgar associação, minada de burocracias e de práticas inexecutáveis ou dolosas – tudo isso dá que pensar, numa altura em que o futuro das Misericórdias e particularmente da sua vocação para a assistência aos doentes se encontra em pleno debate. O trabalho fecha com conclusões e propostas que ainda hoje bem merecem a atenção dos “homens bons” que persistem em consubstanciar os ideais evangélicos de protecção amorosa dos mais frágeis e vulneráveis.

Para além do Noticiário e das habituais Síntese Médicas Trimestrais, este número inclui ainda um apelo à dádiva de material e medicamentos para o Hospital da Missão de S. Luís Gonzaga, de Malatane (Moçambique) e o anúncio da realização, em Lisboa, das Jornadas Internacionais da Imprensa Médica Católica, como comemoração dos 25 anos da nossa revista. Congratulava-se o Dr. Santana Carlos com estas Bodas de Prata, referindo-se “à enorme soma de tenacidade e de perseverança que foi necessário empregar para manter, desde 1936, o órgão “da AMCP,” a um nível que muito o tem prestigiado entre os seus congéneres”. E que diria o nosso saudoso Colega, e que diremos nós, agora que se cumprem 50 gloriosos anos de publicação ininterrupta da nossa Revista?

Walter Osswald

Branca

ACÇÃO MÉDICA

N.º 2 - 2011

RESUMOS

- ABERTURA: A «crise» e o seu fundamento** – J. BOLÉO-TOMÉ 3
 «Estamos a viver uma profunda crise moral e esta crise não pode ser resolvida por políticos». Partindo desta frase do médico e filósofo Diego Gracia, são abordadas as verdadeiras causas da crise. Pode-se dizer que o seu autor e promotor é o relativismo moral que invadiu organismos e instituições, destruindo ou fazendo esquecer os valores de referência. Sem eles as sociedades afundam-se.
- Um caminho da medicina: do homem biológico ao homem social** – Alexandre LAUREANO SANTOS 5
 Refere-se o percurso do modelo positivista do exercício da medicina dando realce à evolução da medicina em Portugal durante o século passado. Este modelo tem mostrado limitações na sua aplicação generalizada nas sociedades contemporâneas de economia evoluida. Os modelos globais de intervenção cujas principais características se sublinham, sem excluírem o exercício do modelo clássico, parecem ser mais eficazes na luta contra as ameaças dominantes na saúde das pessoas e das comunidades.
- «Ars Medica», técnica e Ética** – Henrique VILAÇA RAMOS 20
 A «Ars Medica» foi o rosto da Medicina ao longo de milénios. A alteração que sofreu com as descobertas e avanços tecnológicos no exercício da Medicina não podem fazer esquecer um aspecto fundamental da «Arte Médica» - a empatia e o cuidado com o doente. É esse o grande risco da Medicina actual, que “quase” acredita numa suposta onipotência, esquecendo o doente-pessoa. Por isso o Autor aborda alguns dos problemas éticos que o próprio progresso veio criar: a pretensa e inaceitável “autonomia da técnica”, a necessidade cada vez maior de pesar bem o risco-benefício, os limites da genética e a inaceitável criação artificial. Está muitas vezes em causa a preciosa e fundamental relação médico-doente, que deve ser cultivada a todo o custo. A técnica pode e deve estar ao serviço desta relação.
- A arte de envelhecer** – Armando PORTO 33
 A partir da leitura de um livro de *Anselm Gün* e de muito amadurecidas reflexões pessoais o autor faz considerações sobre o processo biológico e afectivo do envelhecimento. Meditar sobre a fecundidade da velhice não é apenas importante para os idosos - reflectir sobre o envelhecimento implica meditar sobre o segredo da humanidade. Há virtudes que são uma característica, uma dádiva e um dever dos mais velhos como a serenidade, a liberdade, a gratidão e o amor (“que tudo desculpa e tudo suporta”).

TEMAS ACTUAIS

- **Educar ou perverter** – comentário de J. BOLÉO-TOMÉ 45
 Pequena nota de introdução sobre o tema da “educação sexual” obrigatória, que tudo admite, e sobre a “ideologia do género”, igualmente matéria obrigatória.

A – EDUCAÇÃO SEXUAL

- 1 - Notas críticas sobre o documento emitido pela Organização Mundial de Saúde “WHO Standards for Sexual Education in Europe”** – Ermanno PAVESI 46
- 2 - Declaração da FEAMC** – François BLIN e Hans STEVENS 55
 • O Comité Regional para a Europa da Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou um documento oficial contendo o que propõem ser um modelo para a educação sexual na Europa no ano de 2010. Na sua esmagadora maioria, a comissão de peritos que o redigiu A maioria dos peritos que redigiu este texto pertence à IPPF, uma conhecida instituição internacional de direito privado com uma rede instituída no âmbito das actividades “pro-choice” na educação sexual. Apontam-se as críticas fundamentais a este texto oficial da OMS e publica-se o protesto que a FEAMC enviou à Directora Comité Regional da OMS para a Europa.

B – A «IDEOLOGIA DO GÉNERO»

- 1 - A utopia da igualdade e a «ideologia do género»** - Lucetta SCARAFFIA 56
 • A teoria do “género”, fundamentada na negação de que a humanidade é constituída por homens e mulheres, é uma ideologia com fundo utópico baseada na ideia de que a igualdade constitui o caminho para a felicidade. Nos extremos limites haveria liberdade de escolha do próprio sexo (palavra que seria suprimida) e a natalidade passaria a uma função da tecnologia biomédica. A teoria do género envolve um conjunto de dialécticas no domínio político-social (lutas pela liberdade ilimitada da escolha individual de um papel na sociedade e pelo final dos desempenhos feminino e masculino); e no domínio antropológico (luta por uma nova relação do ser humano com o seu próprio corpo e com a natureza). A ideologia do “género” foi aceite como um alargamento dos direitos individuais e das liberdades democráticas por muitos grupos sociais (*movimentos pro-choice*) e algumas agências internacionais, reflectindo-se em múltiplas tomadas de posição coletivas nomeadamente nos movimentos pró-aborto e nos ataques à família.
- 2 - Entre sexo e “género”** – Pedro VAZ PATTO 64
 • A expressão *igualdade de género*, que pretende substituir a clássica «igualdade entre sexos», não é uma inofensiva actualização linguística.

Estamos perante uma afirmação ideológica, que pretendem introduzir no ordenamento jurídico. Sendo ideológico e totalmente discutível em todos os seus aspectos, é fracturante. Por isso, honestamente, nunca poderá fazer parte de um texto constitucional, que se requer de consenso.

3 - Homofilia e Liberdade – Pe. John FLYNN, Jesus COLINA 66

• São aqui reunidos alguns textos que demonstram a falsidade da suposta defesa de “liberdade para todos”, fossem heterossexuais ou homossexuais. Na realidade, os LGBTQ (lésbicas, gays, bissexuais, transsexuais e “esquisitos”), assim que conseguem legislação favorável, tomam de assalto os órgãos de poder e mostram a sua intolerância, perseguindo os que defendem os princípios biológicos e as suas crenças religiosas. São apresentados vários exemplos em vários países, em que houve profissionais despedidos ou condenados por emitirem um opinião contrária à desta nova “fauna”.

4 - Orientações sexuais: quantas? – Babette FRANCIS 77

• A ideologia do género criou uma série de designações cujo número não tem cessado de aumentar nos últimos anos, contribuindo para a confusão nos conceitos em domínios particularmente relevantes para as sociedades contemporâneas, nomeadamente no que se refere à educação, à sexualidade e à família. A autora, coordenadora de um movimento pró-vida na Austrália e conselheira de uma instituição da ONU, refere-se a várias atitudes oficiais na Austrália e no âmbito de instituições internacionais das Nações Unidas que documentam a desadaptação das propostas originadas pelas instâncias da “ideologia do género”.

Branca

NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS

• **Células Estaminais - Congresso 85**

• **«Acção Médica» há 50 anos 85**

ACÇÃO MÉDICA

N.º 2 - 2011

ABSTRACT

- OPENNING ADRESS: The ‘crisis’ and its foundations – J. BOLÉO-TOMÉ** 3
 We are living a profound moral crisis and this crisis can not be solved by politicians’. After this sentence by the physician and philosopher Diego Gracia, the real causes of the crisis are discussed. One may be, as that its author and promotor is the moral relativism that invaded institutions and organisms, destroying or leaving to oblivion the reference values. With them the societies flounder.
- A path to Medicine: from biological man to the social man – Alexandre LAUREANO SANTOS** 5
 The track of the positivist model of medicine is referred, emphasising the evolution of medicine in Portugal in the last century. This model has shown limitations in its generalised application in the contemporary societies with a developed economy. The global models of intervention whose main characteristics are underlined, without excluding the exercise of the classical model, seem more efficacious in the fight against the dominant threats for peoples and communities health.
- «Ars Medica», technology and Ethics – Henrique VILAÇA RAMOS** 20
 The ‘Ars Medica’ was the face of Medicina for milenia. The modification it suffered with the discoveries and technologic advances in the exercise of Medicine cannot forget the fundamental part of ‘Ars Medica’ – the empathy and care of the patient. This is the major risk of Medicine nowadays, that almost believes in a supposed omnipotency, forgetting the patient-person. Therefore the Author tackles some of the ethical problems that progress created: the pretense and unacceptable ‘technical autonomy’, the increasing need to weight the risk benefit ratio, the limits of genetics and the unacceptable artificial procreation. The precious and fundamental relation physician patient is often times at risk, that should be preserved at any cost. The technology can and must be at the service of this relationship.
- The art of Ageing – Armando PORTO** 33
 After reading the book by *Anselm Gün* and matured personal reflexions the author makes some considerations on the biologic and affective process of ageing. To meditate on the fruitfulness of old age is important not only for the aged people – to reflect on ageing implies a meditation on the secret of mankind. There are virtues characteristic of older people as serenity, freedom, gratitude and love (,that forgives and bears everything’)

CURRENT THEMES

- **Educate or Prevert** – comment by J. BOLÉO-TOMÉ 45
 Small introductory note on the theme of obligatory ‘sexual education’ that admits everything and on the ‘gender ideology’, also on the obligatory course.

A – SEXUAL EDUCATION

- 1 – Critical notes on the World Health Organisation document “WHO Standards for Sexual Education in Europe” – Ermanno PAVESI** 46
- 2 – FEAMC Declaration– François BLIN and Hans STEVENS** 55
 • The Regional Committee for Europe of the World Health Organisation (WHO) published an official document proposing a model for sexual education in Europe in the year 2010. The large majority of experts that wrote the document is from IPPF, a recognised international institution from ‘pro-choice’ activities in sexual education. The main critics to this official document from WHO are presented with the protest that FEAMC sent to the Director of the Regional Committee for Europe of the World Health Organisation .

B – THE ‘GENDER IDEOLOGY’

- 1 – The utopia of equality and ‘gender ideology’ - Lucetta SCARAFFIA ...** 56
 • The ‘gender’ theory, from the denial that mankind is constituted by men and women, is an ideology of utopic foundations based on the assumption that equality is the way to happiness. In the extreme limits there would be freedom to choose one’s own sex (a word to be suppressed) and natality would be a function of biomedical technology. The gender theory involves a group of dialectics in the politic-social domain (fight for unlimited freedom in the individual choice of a social role and an end to the masculine feminine roles; and in the antropologic domain (fight for a new relation of the human being with its own body and with nature). The ‘gender’ ideology has been accepted as a broadening of the individual rights and democratic freedoms by many social groups (pro choice groups) and some international agencies, reflecting in multiple collective positions by the pro abortion movements and family attacks.
- 2 – Between sex and ‘gender’ - Pedro VAZ PATTO** 64
 • The expression *gender equality* that pretends to replace the classical ‘equality between sexes’ is not an inoffensive linguistic actualization. It is an ideological affirmation that tries to get into the jurisdictional order. As it is ideological and arguable in any respect, it is a fracture. Therefore, honestly, it will never be part of a constitutional text that requires consensus.
- 3 – Homophilia and Freedom – Pe. John FLYNN, Jesus COLINA** 66
 • Some text that demonstrate the falsity of the supposed defense of the ‘freedom for everyone’, either heterosexual or homosexual, are reunited

here. In reality, the LGBTQ (lesbian, gays, bisexuals, transsexuals and queer), as soon as they get a favorable legislation assault the power bodies and show their intolerance, persecuting those that defend the biologic principles and their religious beliefs. Several examples in different countries are presented, where professionals were fired or condemned because they expressed an opinion opposed to this fauna.

3 – Sexual orientations: how many? – Babette FRANCIS 77

- The gender ideology created a series of designations whose number doesn't stop to increase in recent years, leading to a mess in some concepts in domains highly relevant to contemporaneous societies, as it refers to education, sexuality and family. The author, coordinator of a pro life movement in Australia and advisor of an UN institution, refers several official attitudes in Australia and in international institutions from the United Nations that document the inadaptation of the proposals that had origin in the 'gender ideology'

NEWS AND COMMENTS

- «Acção Médica» 50 years ago 85

Branca

NOVOS ASSOCIADOS

Foram admitidos como novos associados:

- Dra. Ana Isabel Santos — Guarda
- Dra. Ana Catarina Ferreira Monteiro – Guarda
- Dra. Adelaide Suzana Ferreira da Costa — Porto
- Dra. Cláudia Castanheira Carvalho Guerra — Lisboa
- Dra. Maria Teresa Catalão Almiro e Castro — Lisboa
- Dra. Maria Cecília dos Santos Dias Gabriel — Guarda
- Dra. Ana Luisa Nobre Faísca Santos Martins Navarro Ferreira — Faro

Branca

SÓCIOS FALECIDOS

Tomamos conhecimento dos falecimentos dos nossos Associados:

- Dr. Nuno de Santa Maria Bigotte — Porto
- Dr. Luís Prado Quintino — Lisboa
- Dr. Amadeu Pinto Araújo Pimenta — Porto

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