



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

ANO LXXX, Nº 4

Dezembro 2016

Fundador

José de Paiva Boléo

Director

J. Paiva Boléo-Tomé

(paivaboleotome@gmail.com)

Administradora

Ana Sarmento

(antoniosarmento55@sapo.pt)

Sub-Director

Alexandre Laureano Santos

(a.laureano@netcabo.pt)

Redactores

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

Conselho Científico

Walter Osswald

Henrique Vilaça Ramos

José E. Pitta Grós Dias

Levi Guerra

Lesseps L. dos Reys

Daniel Serrão

José Pinto Mendes

Número de Identificação: 501 983 589

ISSN – 0870 – 0311 – INTERNATIONAL STANDARD SERIAL NUMBER

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

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

Secretária: Luísa Sá – Telm.: 924 488 589

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

Execução Gráfica: ORGAL Impressores – Tiragem: 750 exemplares

**ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS
CATÓLICOS PORTUGUESES**

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

DIRECÇÃO NACIONAL

Presidente: Carlos Alberto da Rocha

Vice-Presidente: João Tiago Guimarães

Secretário: Alice Seixas

Tesoureiro: Ana Sarmento

Vogais: Luísa Viterbo

Patrícia Bernardino

João Pedro Pimentel

Bruno Pinto

Assistente: P. José Eduardo Lima sj

NÚCLEOS DIOCESANOS (PRESIDENTES)

Aveiro: Jorge Rodrigues Pereira

Portalegre/Castelo Branco: Isabel Marques Jorge

Coimbra: José Augusto Simões

Faro: Santos Matos

Guarda: Víctor Santos

Lisboa: Sofia Reimão

Porto: Alice Menezes

Vila Real: Maria Goretti Rodrigues

Viseu: João Morgado

Beja: Edmundo Bragança de Sá

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

SUMÁRIO

FAMÍLIA, lugar de perdão – Papa Francisco	5
A Bioética à luz da Fé Cristã – Walter OSSWALD	7
Totalitarismo tecno-científico – Bernard ARS	13
A pessoa do doente e a pessoa do médico – Ermanno PAVESI	27
A Misericórdia no cuidar – Henrique Vilaça RAMOS	41
TEMAS ACTUAIS	
- Os Bastonários e a defesa da Vida –	57
- Quando se derruba o alicerce – Pedro Vaz PATTO	59
- Eutanásia – significados – J. Augusto SIMÕES	63
- Ideologia de género e liberdade – Cristina CASTRO	69
DOCUMENTO – Educação sexual	75
PÁGINA DO PRESIDENTE	
- Mensagem	79
- O Serviço Médico de apoio aos peregrinos	81
NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS	
- O Conselho da Europa e a hipersexualização das crianças	85
- O grande “Educador sexual”	86
- Psicólogos e a intolerância LGBT	87
- Ideologia de género: o totalitarismo descarado	88
- Reprodução assistida sem limites?	90
- AMCP: próximo encontro nacional	90
- «Acção Médica» há 50 anos	91
RESUMOS	93
ABSTRACTS	95

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Pagamento adiantado

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

Não Associados:

Portugal

Um ano (4 números) 20,00 €

Avulso 5,00 €

Estrangeiro

Acrescem as despesas de envio

Estudantes 10,00 €

FAMÍLIA, LUGAR DE PERDÃO

«Não existe família perfeita. Nós não somos perfeitos. Temos queixas uns dos outros. Decepcionamo-nos uns aos outros. Por isso, não há casamento saudável nem família saudável sem o exercício do perdão. O perdão é vital para a nossa saúde emocional e sobrevivência espiritual».

«Sem perdão a família torna-se uma arena de conflitos e um reduto de mágoas. Sem perdão a família adoece. O perdão é a assepsia da alma, a faxina da mente e a alforria do coração. Quem não perdoa não tem paz na alma nem comunhão com Deus».

«A mágoa é um veneno que intoxica e mata. Guardar mágoa no coração é um gesto autodestrutivo. É autofagia. Quem não perdoa adoece física, emocional e espiritualmente».

«É por isso que a família precisa de ser lugar de vida e não de morte; território de cura e não de adoecimento; palco de perdão e não de culpa. O perdão traz alegria onde a mágoa produziu tristeza; cura, onde a mágoa causou doença».

PAPA FRANCISCO

(2016 – de «HOMILIA PARA CRENTES E NÃO CRENTES»)

A BIOÉTICA À LUZ DA FÉ CRISTÃ*

Walter Osswald

O envolvimento da Igreja nos cuidados de saúde é, simultaneamente, formidável e antigo. Não é necessário lembrar os feitos dos cristãos no tratamento dos doentes, no encorajamento dos pacientes, em acolher, confortar tratar e curar os que eram marcados pela doença, sofrendo no corpo e na alma. Não é preciso dar exemplos, desde a remota antiguidade até aos nossos dias deste facto irrefutável: quem tenta viver uma vida cristã, não pode ignorar o rosto de Cristo sofredor, em cada pessoa doente.

Se este foi sempre o caso, e continua a ser nos nossos dias, também deveria ser claro que o pensamento cristão não poderia ter ignorado o nascimento da Bioética, há quase 50 anos. De facto, se é verdade que só uma simplificação inapropriada pode identificar Bioética com ética médica, também é evidente que as questões éticas nas atitudes e tratamentos de doentes ainda representam uma parte importante de todos os problemas bioéticos e do esforço para os resolver. Assim sendo, a Igreja não poderia evitar sentir-se envolvida na pesquisa e ensino desta nova disciplina composta, a Bioética.

Contudo, sejamos muito claros acerca deste envolvimento, porque este não foi um caso de última hora de uma instituição que, surpreendida por um conceito novo, decide juntar-se ao comboio já em movimento, só para não ficar para trás. Pelo contrário, personalidades e instituições cristãs foram de suma importância no lançamento, divulgação e consolidação deste novo estado de espírito, a Bioética. Para demonstrar isto, não vou recorrer a evidências mostradas pelo profundo interesse da Teologia Moral em questões relacionadas com a saúde humana ou a falta dela, patologias e sexualidade. Inúmeros livros sobre a matéria são a prova disto, mas o nosso propósito é chamar a atenção para associações mais íntimas e mostrar que as raízes cristãs da Bioética são irrefutáveis.

* XIII Congresso da FEAMC, Porto, 29 Set. a 2 Out. 2016. Conferência de abertura.

O facto de a palavra, que mais tarde ganhou aceitação mundial, ter sido “cunhada” em 1927 por um clérigo Luterano, só pode ter significado simbólico. Mesmo assim, é interessante perguntarmo-nos porque é que Fritz Jahr escreveu um artigo para ser publicado na *Kosmos*, sobre o dever de cada pessoa lidar de forma ética, não só com os outros, mas também com todos os seres vivos. Presumo que foi a convicção Cristã de Jahr que lhe indicou que cada pedaço da criação tem a marca do Criador e, portanto, tem de ser tratado com respeito e de forma ética.

A pré-história da Bioética dá-nos outros exemplos do compromisso dos Cristãos na construção daquilo que se tornaria um novo ramo do conhecimento humano. Foquemo-nos em duas personalidades muito diferentes que tiveram um profundo impacto no pensamento médico-moral. Um é o Papa Pio XII, que estabeleceu uma forte doutrina moral, ainda inabalável, relativamente a muitas questões que surgiram no decurso de inovações tecnológicas, no âmbito dos cuidados de saúde; uma contribuição fundamental de Pio XII (1952), foi a necessidade de os médicos darem informação e obterem o consentimento dos doentes na prática diária e não apenas na pesquisa. Um par de anos mais tarde, foi a vez do teólogo episcopaliano Joseph Fletcher publicar um livro muito disseminado sobre *Moral e Medicina*. Estas duas contribuições tornaram claro que os aspectos éticos da prática médica tinham deixado de ser exclusivos dos profissionais de saúde. Estes fizeram um trabalho fantástico através das organizações Católicas como a FIAMC e suas Federações Regionais e também pelas correspondentes organizações de enfermeiros e farmacêuticos. Os Congressos Europeus e Mundiais dos Médicos Católicos sempre debateram questões médico-morais, atentos às novas questões éticas impostas pelos avanços tecnológicos. Os muitos jornais publicados pelas Associações de Médicos Católicos são prova fácil desta assumpção (ver, por exemplo, os volumes de «*Linacre Quaterly*» ou a «*Acção Médica*», publicados nos anos 30, e ficará surpreendido!).

Foram também fortes convicções religiosas que levaram Cicely Saunder a lançar o movimento agora universalmente conhecido como cuidados paliativos, através da fundação do Hospital de S. Cristóvão (1967). Em 1968, é o filósofo americano Daniel Callahan que funda a primeira instituição dedicada a estudos médico-morais; Callahan era, nessa época, um dedicado activista católico que reconhece, ainda agora, que a

sua fé Católica e a da sua mulher foi a força motriz para o lançamento do, agora mundialmente conhecido, Hastings Centre.

Se o registo do período da pré-história da Bioética é, portanto, atravessado pelo esforço Cristão de encontrar respostas para as questões éticas urgentes levantadas pelo nosso mundo em mudança e pelo avanço tecnológico da segunda metade do último século, o que é considerado como o nascimento da Bioética propriamente dita, tem também um padrinho católico. De facto, os anos 1970-1971 são cruciais para a independência e reconhecimento da nova disciplina, a Bioética.

Dois pioneiros deram-lhe vida própria: um, o bioquímico e investigador Van Rensselaer Potter cunhou a palavra e definiu-a como a “ciência da sobrevivência” e “ponte para o futuro”, tendo em mente a ameaça das mudanças profundas que aconteceram na altura na população e nos ecossistemas; o outro, o obstetra André Hellegers, um católico que serviu como conselheiro junto do Papa Paulo VI, quando a encíclica *Humanae Vitae* estava a ser preparada. Foram os Kennedys, uma bem conhecida família católica, que subsidiaram e tornaram realidade o maior instituto de pesquisa e ensino da bioética, agora conhecido como Instituto Kennedy, dirigido por Hellegers e sediado na Universidade de Washington (Jesuíta).

Bem depressa, surgiu uma série de instituições dedicadas à Bioética, mais ou menos baseadas no modelo do Instituto Kennedy. A primeira a ser fundada na Europa foi o Instituto Borja, nos arredores de Barcelona, graças à iniciativa de Francesc Abel, um padre jesuíta e obstetra, que aprendeu Bioética no Instituto Kennedy. Um grande número de recém-chegados a este campo eram centros e institutos pertencendo a ou directamente relacionados com instituições académicas e culturais católicas: Roma, Milão, Lovaina, Paris, Porto, Manila, Buenos Aires, Santiago do Chile, S. Paulo etc, tornaram-se centros de renome e prestígio, contribuindo para a pesquisa, ensino e difusão de conceitos de primeira linha para o conhecimento público da importância crucial da, então nova disciplina, a Bioética. Tantos foram os institutos que seguiram este tipo de actividade, que o Instituto Universitário de Bioética Sacro Cuore decidiu organizar uma espécie de rede de institutos ou centros de inspiração católica, sob a designação de Federação Internacional de Centros e Institutos de Bioética de Inspiração Personalista, conhecida sob o acrónimo FIBIP, ligando cerca de 40 instituições em todos os continentes.

A influência dos colaboradores de todas estas instituições é difícil de aferir, mas deve ser considerável, uma vez que pesquisam, apresentam os seus resultados em encontros científicos e publicações e escrevem teses e livros. Alguns destes, como o tratado monumental de Monsenhor Elio Sgreccia ou os volumes de Javier Gafo, são largamente lidos e respeitados, mesmo por pessoas de credos diferentes, porque a sua qualidade intrínseca é reconhecida. Podemos acrescentar que, no nosso país (Portugal) os únicos manuais de Bioética existentes reflectem a posição católica na Bioética, apesar de não adoptarem uma atitude confessional. Um dos autores era o padre jesuíta Luís Archer, o primeiro a discutir a bioética na genética, ambas sendo campos de pesquisa sua.

Uma visão desapaixonada da história da Bioética, obviamente contemporânea, torna claro que a contribuição da pesquisa e pensamento católico nesta disciplina, foi geralmente, e ainda é, mais do que meros avanços, devido a esforços individuais ou colectivos. Algumas noções gerais devem-se certamente a esta contribuição especificamente Católica, largamente aceite e, portanto, mais ou menos inquestionável actualmente. Estas noções podem ser identificadas como o reconhecimento da artificialização da vida, da negação da alegada neutralidade axiológica do progresso científico e da definição de valores essenciais a serem respeitados, nomeadamente, vida, dignidade, liberdade, identidade da espécie humana e preservação da natureza.

Devido aos factos atrás mencionados, que claramente apontam para uma duradoura e próxima associação ao Cristianismo, v.g. do pensamento católico e do magistério com o mundo da Bioética, poderíamos esperar que a Bioética contemporânea estivesse em franco acordo com o ensino e visão católicos dos valores e virtudes. Contudo, não é assim e verificamos que aproximações e opiniões mundanas ou pretensamente bioéticas dominam. Para sermos claros quanto a esta questão, afirmemos que, independentemente do valor intrínseco dos argumentos, em última instância as decisões são sempre políticas. É portanto compreensível que, em questões morais relacionadas com fases críticas da vida humana, como o aborto, a reprodução medicamente assistida ou mesmo a eutanásia, os países do chamado mundo ocidental, a opinião comum e em larga medida, a moldura legal, tendem a adoptar atitudes muito liberais, longe do que é defendido pela Igreja.

Confrontados com esta situação, crentes e não crentes estão divididos em campos diferentes. Alguns – e entre eles é justo salientar Tristram Engelhardt Jr., um respeitado filósofo e autor – aceitam que o papel principal deve ser atribuído à religião como elemento básico para argumentação moral; enquanto que outros, mais numerosos, defendem uma Bioética laica, que deverá estar o mais possível afastada de quaisquer influências religiosas, à semelhança dos estados democráticos. Outra opinião corrente vê esta questão monumental de outra perspectiva, que pode talvez ser descrita como humanista-personalista. Seguindo esta linha de pensamento, podemos chegar à conclusão de que a Bioética deve muito à doutrina moral das religiões dos seus fundadores e, especialmente aos pontos de vista cristãos, mas que, a este propósito, devem ser ouvidas vozes diferentes e que o desafio de áreas transdisciplinares, onde a Bioética se inclui, se baseia em debater com abertura, aceitação do outro, desejo de verdade e das respostas mais convenientes para as questões morais. Com tal cenário, o investigador católico não deverá ter dificuldades em argumentar e em avançar soluções que respeitem a dignidade e a vida do ser humano. Contudo, isto não quer dizer que seja sempre possível haver acordo e chegar a soluções consensuais, como está amplamente demonstrado nas posições irreconciliáveis relativas às questões do início e fim de vida.

Em face desta situação, é tentador sugerir que os bioéticos católicos e seus centros deveriam organizar-se e criar uma de cariz confessional, espécie de alternativa para a Bioética laica. Isto resultaria, contudo, numa espécie de disciplina particular ou específica que não atingiria o coração e a inteligência dos não cristãos; um gueto conceptual seria reservado para Católicos, governados por regras morais que só se aplicariam a eles. Já argumentámos que esta espécie de retiro numa fortaleza conceptual, deixando o vasto mundo para aqueles que não aceitam as nossas convicções e pontos de vista é errado e desastroso. Aquilo a que somos convidados a fazer é a manter a nossa presença nos debates, a intervir com argumentos válidos e a demonstrar que o respeito pela vida, dignidade e liberdade de todos, é mais bem atingida seguindo a abordagem humanista-personalista por nós apoiada. Nesta estrutura fundamental, que pode certamente ser aceite pela maioria das pessoas de boa vontade e de virtudes comuns (sendo verdadeiros, tentando ajudar os outros, lutando por justiça e benevolência), nós, cristãos, temos de construir novas formas de seguir Nosso Senhor em todas as veredas do

mundo e de fazer o que Ele nos pede para fazer em todas as circunstâncias da vida. Aqui, claro, não podemos contar com a companhia de todos os que aceitaram as principais premissas da nossa abordagem à Bioética.

Deixem-me dar como exemplo uma situação que ocorreu recentemente numa unidade de cuidados intensivos liderada por um médico católico. Um doente em condições muito precárias com prognóstico de fim de vida para menos de uma semana, de repente desenvolveu falência renal. Face ao dilema – seguir para diálise renal ou aplicar apenas cuidados paliativos – os membros da equipa (médicos e enfermeiras) foram convidados a dar a sua opinião. Muitos acharam que seria inútil começar a diálise, que poderia apenas adiar a morte por alguns dias e uma pessoa disse que, sendo o chefe de equipa um católico convicto, certamente iria ordenar a diálise porque a doutrina que defende é a de proteger a vida a todo o custo. Porém, ficou surpreendido ao ouvir do seu chefe que, usar meios extraordinários de prolongamento da vida por um período curto e com um envolvimento tecnológico muito pesado, numa vida já em falência, não é eticamente aceitável nem doutrinariamente defendida, já desde Pio XII. Neste caso, deixar morrer em paz, preservando a dignidade e a integridade do corpo do doente é a solução mais indicada e agradável tanto a crentes como a não crentes. A pessoa que pôs a questão confessou que estas eram notícias muito importantes para ele e que apresentava a doutrina Católica sob uma nova luz (e mais agradável).

O que quero dizer é que não temos de nos resguardar num pequeno, bem defendido e cuidado jardim de Bioética Católica, confrontados com várias achegas de outros tipos religiosos de trabalho bioético e, em grande medida da chamada Bioética laica. O que desejamos, e felizmente partilhamos este ponto de vista com a maior parte das correntes predominantes do pensamento bioético, é que haja uma Bioética Universal, como proposto pela UNESCO há alguns anos atrás. A Bioética que assenta em valores universalmente aceites, como a libertação da coacção, o respeito pela vida e dignidade de cada pessoa, a atenção amorosa a todos os seres vivos e ao nosso planeta. Com certeza já leram a encíclica *Laudato si*, do Papa Francisco; poderão reconhecer nas minhas últimas palavras um reflexo deste esplêndido documento, que não é um manifesto ecológico, mas um novo e apaixonado convite para um mundo melhor, mais pacífico, mais humano, mais ético. Cuidemos deste conselho e juntemos mentes e corações nesta maravilhosa tarefa!

O TOTALITARISMO TECNOCIENTÍFICO*

Bernard Ars**

Quer se refiram as descobertas científicas, os múltiplos domínios do desenvolvimento tecnológico ou as suas consequências económicas e sociais, as tecnociências dominam realmente a nossa sociedade ocidental.

Além disso, o mundo actual não se encontra sob uma crise, como frequentemente e abusivamente se afirma. O mundo está em mutação.

Mutação geopolítica: o mundo actual não está centrado na Europa;

Mutação económica: a globalização ou a mundialização;

Mutação ecológica: não é possível desenvolver um projecto de crescimento infinito no interior de um mundo que se reconhece finito.

Estas mutações têm acompanhado, precederam em grande parte, ou são por vezes a consequência de verdadeiras revoluções tecno-científicas que estão em desenvolvimento:

Revolução informática;

Revolução genética pelo poder de intervenção nos mecanismos íntimos da vida;

Revolução sócio-filosófica: o relativismo dominante e o hiper-individualismo omnipresente.

O terreno cultural está preparado para um totalitarismo tecnocientífico, induzindo uma ideologia trans-humanista cuja característica interpelante fundamental reside na rotura antropológica que necessariamente provoca.

Mas, o que pode, pois, entender-se por *trans-humanismo*?

A minha exposição envolverá três partes:

– na *primeira parte* tentarei definir no que consiste este movimento heterogéneo;

* Versão escrita de uma conferência proferida durante o XIII Congresso da FEAMC (Federação Europeia das Associações dos Médicos Católicos).

** Presidente da Société de Saint Luc (Associação dos Médicos Católicos da Bélgica). Professor da Universidade de Namur.

- na *segunda parte* apontarei seis das suas características;
- na *terceira parte* tentarei desenvolver três ideias que colocam interrogações à Fé Cristã.

1.ª Parte: CONCEITO DE TRANS-HUMANISMO

Quando se fala das descobertas científicas, do desenvolvimento tecnológico ou das suas conseqüências na economia, as tecnociências dominam na nossa sociedade ocidental. O terreno cultural actual é dominado por um totalitarismo tecnocientífico, induzindo a ideologia trans-humanista cuja característica dominante reside na rotura antropológica que ela provoca. Esta exposição compreenderá três partes: na primeira procurar-se-á definir em que consiste aquele movimento heterogéneo; na segunda parte apontar-se-ão seis das suas características; na terceira parte desenvolver-se-ão três ideias a discutir que interpelam a Fé Católica.

Definição:

O trans-humanismo é uma onda cultural, **um movimento cultural e filosófico** racionalista que afirma que é possível e desejável melhorar a condição humana incrementando as características fundamentais do homem através da ciência e através da tecnologia. Dito de outra maneira: uma tentativa de fazer crescer, melhorar e exceder as capacidades humanas actuais: físicas, psíquicas, intelectuais, cognitivas e emocionais, consideradas estas como um estágio transitório de um processo evolutivo; assim se intentará libertar o ser humano dos limites do seu próprio corpo, podendo mesmo “*hibridar-se*” com os *robots*.

Pretende-se o homem *robotizado*, o homem geneticamente modificado, o homem aumentado, o homem trans-humano. Estas ideias já não são apenas do domínio dos mitos, como do mito de Ícaro. O seu aparecimento, como num espectáculo de um circo fantasista, está anunciado. A única diferença relativamente ao mundo da fantasia é a de que, nas circunstâncias, todos nós, homens e mulheres, estamos envolvidos para sempre nesta aventura.

O trans-humanismo é essencialmente uma maneira de pensar a propósito do futuro, baseada na premissa de que a espécie humana na sua forma actual não representa o fim do nosso desenvolvimento, mas, na verdade, apenas uma fase comparativamente primitiva do seu desenvolvimento futuro.

A etiqueta *trans-humanista* traz à nossa mente uma nebulosa de ideias e de formas humanas que em tudo se assemelha à fantasia absoluta.

Trata-se de um discurso utopista, de um movimento construído com base em ideias realistas e demonstradas em tecnologias existentes que se associam arbitrariamente à imaginação e à especulação gratuitas ligadas à ficção científica e a *ensaios pseudo-científicos tecnoproféticos* sem fundamento. Invocam-se exemplos: *tornar-se amortal*, isto é alongar indefinidamente a vida humana; ou fazer surgir uma nova espécie trans-humanista...

O projecto trans-humanista é potenciado pela progressão do conhecimento nos quatro principais domínios seguintes: as nanotecnologias; a informática; a biologia molecular e as neurociências.

No núcleo do fantasma trans-humanista reside a doença fundacional do racionalismo: a recusa de toda a ideia de transcendência. A grande maioria dos trans-humanistas apresenta-se como agnóstica ou ateia, como laica e como livre-pensadora.

O objectivo da utopia trans-humanista não reside na imaginação de um mundo perfeito, mas na transformação da nossa concepção da vida e da condição humana. Tenta convencer-nos da anormalidade da nossa situação actual procurando a nossa *conversão ideológica*.

Sendo verdade que alguns adeptos do trans-humanismo se encontram entre os cientistas, os inventores e os promotores da investigação actual, pode afirmar-se que o trans-humanismo existe fundamentalmente no plano da influência das ideias (da cultura) e não no plano dos cultores e dos promotores da ciência real e do desenvolvimento tecno-científico. Os defensores do trans-humanismo, sendo este identificado como uma manifestação do “progresso” científico e tecnológico e do bem-estar individual, referem-se às tecnologias já existentes ou têm as suas esperanças apontadas aos resultados dos estudos científicos das universidades. Nos EUA referem-se aos estudos da NASA (pesquisa espacial) ou da DASA (pesquisa militar); e aos que são financiados pelos biliões de dólares da GAFA (Google, Amazon, Facebook, e Apple) – com o objectivo de um evidente “retorno” pelo consumo directo e pelo consumismo.

O termo *homem aumentado* adapta-se à ideia do trans-humanismo visto que se trata sempre do aumento das capacidades do homem. Pelo menos por enquanto, é voluntário e toma geralmente a forma de hibridação. O termo *híbrido* adapta-se também razoavelmente à situação. A pa-

lavra “*trans-humanismo*” não soa bem ao homem comum porque nele se incluem questões de ordem filosófica que contaminam a simplicidade da ideia. No entanto, as mudanças de ordem técnica que tocam a intimidade do humano terão sempre que ser abordadas com muito cuidado. Serão apenas liberalizantes ou, sobretudo, alienantes?

O trans-humanismo e o pós-humanismo serão a mesma ideologia? A resposta é **não**. Mas elas, porém, coexistem. O pós-humanismo tecnocientífico profetiza a ideia do aparecimento de entidades artificiais, sobre-humanas e não-humanas, susceptíveis de suceder à espécie humana e de prosseguir de forma autónoma a sua própria evolução. A ideia do pós-humano nasceu na esteira da cibernética, da informática, da robótica e da inteligência artificial. A utilização do termo “pós-humano” como quase sinónimo de “trans-humano” sublinha a ideia de que a melhoria contínua do homem acabará por transformar este de tal modo que deixaria de poder ser identificado como “humano”. Um uso mais comum da palavra “pós-humanismo” consiste em alterar a categoria do “humano” através de um conjunto de críticas dirigidas aos humanismos tradicionais e modernos que se fundamentam numa concepção do homem que lhe atribui um lugar proeminente no cosmos. Os pós-humanistas convidam a denunciar todas as formas de discriminação e a alargar a comunidade moral e política a todos os seres vivos que merecerão o mesmo respeito que a comunidade dos humanos.

2.ª Parte: SEIS CARACTERÍSTICAS DO TRANS-HUMANISMO

1. O trans-humanismo denuncia o primado do homem na natureza. Relativiza o valor exclusivo concedido ao ser humano como espécie biológica. A forma própria da espécie humana não deve ser sacralizada. Segundo os trans-humanistas, esta forma não é imutável e não tem o monopólio do respeito e da dignidade. O que separa o homem dos outros seres vivos não é uma diferença absoluta mas apenas uma questão de gradualidade (de complexidade e de propriedades). O trans-humanismo afirma que todos os seres dotados de sensibilidade, eventualmente de consciência, pré-humanos, não-humanos (animais) e pós-humanos terão direito a um estatuto moral respeitoso do seu bem-estar e do seu desenvolvimento.

2. O trans-humanismo afirma a noção de pessoa, no sentido jurídico do termo. Esta noção é definida por certos atributos: a sensibilidade, a capacidade de raciocinar e de escolher, a consciência... Acentuando a noção de “pessoa” ele denuncia os julgamentos de valores e de discriminações associados às diferenças étnicas, às características da pele, de sexo e de género. Uma das críticas dirigidas ao humanismo moderno é o privilégio atribuído à figura do homem branco, masculino e ocidental.

3. Autonomia como valor trans-humanista:No coração dos valores trans-humanistas encontra-se a autonomia da pessoa: autonomia parental, da escolha dos procriadores, de modificar o seu corpo, porque a pessoa não se manifesta por uma morfologia particular e contingente.

4. O trans-humanismo é uma forma de materialismo que evolui com as técnicociências, com os seus conceitos e com as suas consequências operacionais.

5. Trans-humanismo, caminho sem limites: Os humanismos tradicionais, incluindo o humanismo moderno laico, encaram o progresso, primariamente ou exclusivamente, em termos de transformações sociais, institucionais e de organização simbólica (educação, moral, direito, cultura, política), sem incluírem as modificações físicas dos humanos. O humanismo não tem a ambição de modificar em profundidade a natureza humana e encara-a dentro dos seus limites tradicionais. Pelo contrário, **o trans-humanismo não tem limites à priori. Caracteriza-se por uma vontade de luta efectiva contra a finitude e contra a morte. Vê o progresso como uma transformação da natureza humana.**

6. Evolução é a referência trans-humanista. A referência especulativa e narrativa dos humanismos, religiosos ou não, é a História. A História designa a evolução das formas de organização social e dos poderes, da sua transformação, a sua relação com a geografia, as modificações do meio, mas não se refere à natureza biofísica do homem. **A referência especulativa e narrativa do trans-humanismo é a Evolução. O humano está em perpétua evolução. O futuro do humano não dependerá mais do seu passado. É possível intervir voluntariamente para orientar a evolução.**

Dois exemplos: é actualmente possível fabricar um outro ADN humano, acrescentando quatro outros genes, a fim de obter um *Homo Novus*. Além disso, é possível ligar o cérebro humano aos computadores. O computador dirigirá o futuro deste ser trans-humano. É uma forma de inteligência artificial.

3.ª Parte: TRÊS MATÉRIAS CONTROVERSAS

Proponho-me discutir três ideias: o eugenismo, a bioética e o estatuto da morte.

1. O eugenismo. Segundo o dicionário Robert, define-se eugenismo como a ciência que estuda e desenvolve os meios de melhorar a espécie humana. Segundo os trans-humanistas o eugenismo racista do passado não tinha qualquer base científica. Negava a igualdade essencial das pessoas; não respeitava a autonomia dos pais. Era um eugenismo de estado. O eugenismo actual, pelo contrário, afirma a liberdade individual e parental, a igualdade das pessoas e a intenção de corrigir as desigualdades contingentes.

Até à situação actual, a justiça redistributiva procurava um reequilíbrio compensatório das desigualdades resultantes da “lotaria social”, compreendendo neste âmbito a luta contra as discriminações relativas ao sexo, ao género, à etnia, à raça, à religião..., sem poder intervir nas desigualdades causadas pela “lotaria natural”: a saúde, as capacidades naturais diversas, etc. A genética poderia contribuir para corrigir essas desigualdades naturais, seja através da sua prevenção (eugenismo negativo), seja através da terapia genética (eugenismo positivo). Tratar-se-ia, no futuro, da substituição da reorganização dos recursos sociais (um objectivo perseguido pelos sistemas políticos actualmente dominantes) pela reorganização de recursos naturais do nosso corpo; isto é, dos genes do homem.

Colocar-se-ia então a questão: será isto possível? Dever-se-á intervir em nome da justiça e da igualdade de oportunidades na “lotaria natural”?

Quais serão então os argumentos para opor às propostas de intervenção genética com o objectivo de melhorar a igualdade de oportunidades com a correcção dos defeitos genéticos dos portadores de doenças genéticas em primeiro lugar, e depois melhorar outros componentes das características humanas das pessoas normais, tais como a memória, o humor e a inteligência?

Os trans-humanistas respondem a estas questões dizendo: esta ordem de argumentação é constituída apenas por preconceitos.

Primeiro preconceito: o da fatalidade inultrapassável. Mas então podem modificar-se as desigualdades sociais, mas não poderão modificar-se as desigualdades inatas. Ora, neste momento do desenvolvimento da tecnociência é possível melhorar essas características negativas pelas terapias genéticas.

Segundo preconceito: o da natureza sagrada do homem criado à imagem de Deus, portanto, imutável. A imutabilidade e a universalidade da natureza humana são fundamentos do Direito. As múltiplas interpretações da natureza humana inspiraram as diversas teorias ético-políticas da justiça, nomeadamente as de inspiração liberal, muito egoístas, e as de inspiração socialista, muito altruístas. Será preciso melhorar muito as tecnologias genéticas para que a sua aplicação generalizada não crie problemas de toda ordem.

Terceiro preconceito: o da diferença entre o “natural” e o “artificial”: o que se toma por natural é quase sempre, na realidade, o resultado de técnicas tradicionais, familiares, encaradas como sendo uma segunda natureza.

Quarto preconceito: o da distinção entre um “acto médico terapêutico” e um “acto médico destinado à melhoria de uma função normal”. Para os trans-humanistas, não há verdadeiramente limites entre estas categorias. Pensemos na altura das pessoas, ou na força física, ou na acuidade visual, ou na memória ou apenas na empatia... Estas noções variam com a época e com as sociedades onde se consideram.

Actualmente existem três categorias de tecnologias médicas que constituem intervenções sobre o corpo humano:

- as que se destinam a reparar o corpo humano doente ou vulnerável;
- as que se destinam a melhorar algumas das suas funções;
- as que o transformam radicalmente.

As fronteiras entre estas categorias são mal definidas.

Ilustremos estas indefinições entre “terapia” e “melhoramento da função” tomando como exemplo a utilização de um instrumento que se designa por exoesqueleto robotizado: trata-se de um sistema que se aplica no corpo de alguém como um fato que se veste; os seus movimentos são comandados por um computador ligado a certos centros do cérebro do seu portador. O cérebro envia sinais ao computador que comanda os movimentos do exoesqueleto. Este possui múltiplos pontos de recolha de sinais que permitem o equilíbrio e a execução de movimentos. Os sinais são reenviados ao cérebro através do computador.

Um sistema deste tipo permite ajudar uma pessoa paralisada a andar. E também permite ajudar operários em operações na construção civil ou em transportes de objectos perigosos ou dificilmente manipuláveis de outra forma. Estas tecnologias são evidentemente benéficas para a humanidade.

Mas estas tecnologias podem ser utilizadas apenas no sentido do prazer do seu utilizador e também para finalidades malévolas de destruição.

Existem próteses robotizadas com interfaces ligadas ao cérebro destinadas a compensar funções diminuídas. Outras possibilidades serão a utilização de implantes cocleares destinados à percepção de ultra-sons. Ou de dispositivos capazes de perceber radiações infravermelhas. Existirão no futuro possibilidades de reprogramar células envelhecidas, visto que o envelhecimento é em grande parte derivado de uma desprogramação celular.

Neste domínio, ilustremos ainda a atenuação das diferenças entre “melhoria” e “transformação” pelo exemplo da modificação voluntária do próprio corpo, nomeadamente juntando-lhe componentes artificiais com o objectivo de modificar o comportamento do corpo ou a sua forma ou ainda facultando-lhe novas capacidades perceptivas.

É preciso fazer a distinção entre a cirurgia reparadora, que respeita e promove a unidade e as capacidades do corpo no sentido do reequilíbrio e do bem-estar das pessoas, de uma outra atitude que tem como objectivo uma modificação radical do ser humano: a criação de um **cyborg: um cybernetic-organism**”, simplesmente porque tal se torna possível. “*Eu modifico-me, logo existo*”. Este poderá ser um lema de um grupo de “**body-hackers**” que se definem como um grupo activo do trans-humanismo.

Mencionemos brevemente e em paralelo a estes movimentos que existem outros grupos que se dedicam ao estudo aprofundado das relações entre o homem e estes dispositivos tecnológicos protésicos que, partindo das máquinas, tentam adaptá-las cada vez mais aos comportamentos e às características dos seres humanos. O *trans-humanismo* é contemporâneo de um movimento que poderá designar-se por *transmaquinismo*. É um paradoxo do nosso tempo que o homem sonhe com a sua transformação numa espécie de homem-máquina, e simultaneamente crie máquinas que no futuro imitarão a imagem daquilo que ele próprio é actualmente.

2. A bioética

Nos EUA, os trans-humanistas reivindicam subsídios destinados aos estudantes universitários de condição humilde com dificuldades de aprendizagem para que tenham condições de acesso aos fármacos que alegadamente estimulam o cérebro humano. Trata-se de uma atitude astuciosa em favor das suas ideias: em primeiro lugar, porque, assumindo esta atitude,

banalizam a possibilidade do “*aumento*” tecnológico das faculdades humanas; depois, induzem a intervenção do sonho trans-humanista nos debates contra a discriminação, pela reivindicação e pela luta pela acessibilidade aos meios de intervenção. Esta atitude constitui, em todas as sociedades, um dos métodos mais poderosos de intervenção pública. Além disso, torna secundário e atenua o debate bioético subjacente (que constitui a situação nuclear) e obtém para o trans-humanismo o estatuto de participante na luta pelas igualdades e pela democracia.

Se o trans-humanismo se tornar democraticamente aceitável - o que poderá acontecer porque não é nem elitista nem discriminativo - então entrará no domínio das opções individuais e desaparecerá do debate ético e social. Integrar-se-á na esfera do debate político e dependerá apenas das maiorias que se possam estabelecer.

Na investigação tecno-científica sobre o ser humano existem três atitudes de ordem ética na actualidade:

– a atitude **liberal**, na qual as atitudes da não poluição e do não prejuízo do meio ambiente constituem as posições fundamentais;

– a atitude **bioconservadora**, segundo a qual o que é tomado como “*natural*” é sinónimo de “*bem*”, sendo o “*mal*” tudo o que pode ameaçar a natureza e a vida, pelas atitudes desproporcionadas do comportamento humano;

– a atitude **trans-humanista** que propõe a adesão a um programa de modificação tecnocientífica do ser humano; trata-se, no fundo, do “***Humanismo das Luzes***” mais as **tecnologias de que o homem pode dispor na actualidade**.

Na verdade, o que se põe em discussão uma vez mais é a natureza do próprio homem, assim como a sua atitude perante a sua própria condição... Mas, e em sentido contrário ao da filosofia das luzes sobre o que pensava em termos da humanidade global, o trans-humanismo pensa em termos do **indivíduo**. E coexiste nele um certo sentimento de perda do sentido colectivo da humanidade.

A atitude dos **bioconservadores** face á condição humana é a de aceitação da vida numa atitude de reconhecimento e de humildade, tomando a vida como um **dom** e acolhendo os acontecimentos desfavoráveis e favoráveis como fazendo parte da existência. Não concebe um desejo do controlo

absoluto da existência nem da transformação da vida tal como esta naturalmente se apresenta ao homem... Admitir que as capacidades humanas poderão modificar a própria forma humana no sentido de lhe criar novas faculdades e novos poderes significa não compreender o lugar do homem na criação; é confundir o papel do homem com o próprio Deus.

O desejo do controlo da evolução do homem não constitui um mal para os **trans-humanistas**. Pelo contrário, a evolução do homem deve continuar sempre de tal modo que se mantenha activamente no sentido do maior bem para todos, sem procurar benefícios exclusivamente individuais. As atitudes passivas, a aceitação, a submissão, a humildade, não são necessariamente virtudes nelas próprias.

Toda a técnica, utilizada desde a aurora da humanidade, pode ser entendida como tendo constituído uma melhoria das capacidades do nosso sistema orgânico e vital. A abordagem trans-humanista do desenvolvimento ultrapassa esta atitude. Nela está implícita uma atitude de diminuição e mesmo de uma denegação do que é actualmente o humano. Não se trata de **saber como promover o que é o homem que existe mas sim de encontrar os meios de intervenção para o modificar no sentido de o potenciar sem lhe encontrar limites**.

Segundo os trans-humanistas, os bioconservadores procuram criar uma solução de continuidade na evolução da técnica no decurso da história humana, contrariando a sua progressão sem limites. Criaram-se assim artificialmente falsas oposições e antinomias, tais como: o natural e o artificial; o normal e o anormal; o interior e o exterior; a atitude terapêutica e a atitude aperfeiçoadora do humano...

E eis que se levantam novas questões sobre a própria natureza da vida humana: o corpo humano sexuado, os limites temporais da vida e a luta contra a morte... Coloca-se a questão: a bioética, tal como é actualmente concebida e praticada, estará ultrapassada?

Do mesmo modo que uma criança quando no seu desenvolvimento adquire mais massa muscular e aprende a dominar-se, a utilizar adequadamente a sua força e a abster-se de agredir os mais jovens, assim os humanistas cristãos, perante o crescimento das suas capacidades de compreensão e de transformação da natureza que os envolve, incluindo nela o seu próprio corpo, devem aprender a conhecer e a respeitar os seus limites, nomeadamente quando tocam na natureza do próprio homem.

Deve encarar-se o progresso técnicocientífico ao serviço dos homens com prudência e sabedoria: nem tecnoidólatras, nem tecnofóbicos. Tere-mos simplesmente que nos tornar “*mais humanos*” - culturalmente, solidari-amente, moralmente e espiritualmente - acompanhando o homem como ele é, em corpo e alma, aberto à experiência interior, procurando o sentido da sua história, tendo sede de projectos e de símbolos, confrontados com a fragilidade e com o enigma do sofrimento e da morte.

O homem é uma realidade dinâmica aberta ao aperfeiçoamento e à transformação, mas tem limites que são por ele reconhecidos. É este facto que o distingue dos outros animais da natureza.

3. O estatuto da morte:

A amortalidade é o prolongamento, o alongamento indefinido da vida, intuída pelos trans-humanistas nos progressos técnico-científicos, nomea-damente na biologia celular. Tornar-se “**amortal**” é uma das tecno-pro-fecias dos trans-humanistas. Este conceito de amortalidade interpelará o inverso da morte que constitui o nascimento, a natalidade?

Um género humano que não envelhecesse “**e que não morresse**” não poderia considerar a sua reprodução e não daria lugar à sua renovação. O conceito de amortalidade induziria, do mesmo modo, uma alteração da solidariedade intergeracional. Além disso, conduziria a uma falta de sentido do projecto de realização pessoal de cada pessoa. Se o que eu sou e o que faço não depender de mim mas de um projecto, de uma programação daquilo que eu serei, que valor terá para mim esse projecto? A realização plena de cada pessoa apenas pode conceber-se dentro de um feixe de rela-ções interpessoais, que pressupõe uma imprevisibilidade, uma disponibili-dade, uma gratuidade. E se se considerar uma criança programada... Ela não será nunca a pessoa que se teria pretendido. E que se poderá pensar dos erros que se irão cometer? Que se poderá pensar de uma criança mal programada?

Num mundo programado, não apenas em matéria económica, mas também no próprio desenvolvimento individual de cada pessoa, de si pró-prio, das suas capacidades, qual o lugar que se deve dar à compaixão, à solicitude, ao cuidado dos mais frágeis?

Se tudo fôr controlável, então toda a fragilidade será entendida como um erro, uma falha da programação, uma disfunção da qual alguém será

responsabilizado. Mas, nestas circunstâncias, que “depressão” terrível esta amortalidade poderá trazer à espécie humana.

Sem entrar em detalhes, pensemos no exemplo de Pitzorius. *A amortalidade transforma o estatuto da morte de um destino numa derrota.* “*Teremos nós necessidade da morte para nos mantermos vivos? - dizem os trans-humanistas*”. Eles assumem que a morte não constitui um destino inevitável, nem um obstáculo a ultrapassar, nem uma ilusão a atravessar, nem um erro a rectificar.

Para nós ocultar a realidade natural da morte, ignorá-la, querer escondê-la no campo visual onde ela se inscreve, equivale a fazer privar o homem do momento mais crucial da sua existência; o momento precioso entre todos, no qual, aceitando-se como mortal, ele acentua em plenitude a sua condição de ser humano.

“*O homem não é anjo nem animal, dizia Pascal; e quem quer ser anjo comportar-se-á como animal*”. Querendo ser sobre-humano, tentando fingir que consegue afastar a morte da sua condição de humano, o homem tornar-se-á desumano.

A sociedade contemporânea conhece bem o drama real que consiste na “*desumanização da morte*”, que consiste na sua colectivização, na sua medicalização, na sua banalização pelas técnicas audiovisuais, na intrusão das metodologias trans-humanistas?

Desejando suprimir a fragilidade nós suprimimos as pessoas frágeis. Na verdade, o ser humano é “frágil” e vulnerável; está ferido pela sua fragilidade original. Mas exactamente por ser vulnerável, ele é susceptível de ultrapassar as suas limitações e as suas dificuldades. Habitando em sociedade, pode viver em reciprocidade com o apoio dos seus semelhantes.

Por outro lado, pelo facto simples de o trans-humanismo ser uma ilusão de um humanismo (porque, na verdade, passa apenas ao lado do que no essencial constitui a nossa humanidade) os cristãos devem deixar-se interpelar por ele por uma razão directamente espiritual ou mesmo teológica: o trans-humanismo constitui uma proposta de salvação do homem pela via tecnológica. No fundo, o trans-humanismo é uma utopia materialista que pretende resolver as grandes questões do ser humano - a fragilidade ontológica do homem, a encarnação, a sua transformação vital e a sua salvação – sem outras referências que não sejam as do próprio homem.

O cristianismo trata estes temas considerando que o homem recebe a sua vida de Deus, tem um corpo que é habitado pelo Espírito Santo, que é

salvo pela Graça e é chamado a entrar no mistério da Ressurreição da Carne; o trans-humanismo ultrapassa a unidade entre o corpo e a alma, conta com a tecnologia para atingir a imortalidade, faz assentar a transformação do homem exclusivamente na sua inteligência sem qualquer recurso à intervenção divina.

O trans-humanismo promete a morte da morte graças às manipulações genéticas e aos implantes *robots*.

Face a este desafio ideológico, que se pode fazer?

Assim como perante a cultura da morte os cristãos propõem a cultura da vida, perante a cultura da trans-humanidade ou da não-humanidade o cristão deverá proclamar e demonstrar a cultura do humano, do mais humano: isto é, uma visão antropológica do homem incarnado, onde a “*fragilidade*” humana terá o seu pleno lugar e a sua ressonância...

- uma espiritualidade que dê caminho a uma verdadeira vida interior;
- uma ética que valorize as virtudes;
- uma educação cultural que valorize o crescimento qualitativo do homem e da sociedade.

Em conclusão, digamos com Bertrand Vergely que: “*o nosso mundo está dominado pela lógica do homem sem limites – o homem-deus. Esta lógica está de tal modo bem orquestrada pelos lobbies político-mediáticos que não é pensável que termine nos dias de amanhã.*”

A PESSOA DO DOENTE E A PESSOA DO MÉDICO. Referências teológicas e filosóficas*

Ermanno Pavesi**

O termo «pessoa», assim como outras palavras com a mesma raiz – como personalidade, personagem, personalização, personificação, pessoal – é utilizado frequentemente em numerosas línguas ocidentais e não seria imaginável a possibilidade da sua eliminação do vocabulário ou da sua substituição por outra para designar a mesma ideia. Nalgumas línguas, o termo «pessoa» tem o mesmo significado que o de «ser humano», mas com uma característica particular: quando se fala de um ser humano como pessoa atribui-se-lhe uma dignidade particular. Por exemplo, têm significados diferentes as expressões: «dizer uma coisa a alguém» ou dizer «alguma coisa a uma pessoa, ou seja, pessoalmente». Quando se utiliza a segunda frase não se trata apenas de transmitir certas informações, mas existe nessa operação um certo envolvimento emocional e, justamente, qualquer coisa de «pessoal». A utilização do termo «pessoa» em frases com «felicitar uma pessoa» ou «apresentar condolências a uma pessoa», com todo o seu conteúdo humano e afectivo, indicam que estas palavras não são proferidas automaticamente; mostram claramente que a comunicação entre duas pessoas é diferente da comunicação que se pode estabelecer entre dois seres autómatos. A utilização da palavra pessoa para designar um ser humano confere-lhe, assim, uma dignidade particular e sublinha a dimensão tipicamente humana.

* Versão escrita de uma conferência proferida no XIII Congresso da FEAMC (Federação Europeia das Associações dos Médicos Católicos).

** Médico Psiquiatra. Secretário Geral da Federação Internacional da Associações dos Médicos Católicos

Etimologia e a evolução do sentido da palavra «pessoa»

A palavra «pessoa» provém do latim *persona*, que indicava a máscara de cena com que os actores representavam no teatro. As máscaras tinham geralmente uma boca grande e nas feições havia certos traços que caracterizavam os papéis dos actores; tinham, ainda, uma boca grande que fazia aumentar a intensidade da voz humana. Esta última característica, o facto de se intensificar a voz através da máscara, sugeriu a ideia de que a palavra *persona* derivava da palavra «personare» que significa ressoar (intensificar a voz). No entanto, os especialistas fazem ascender *persona* à raiz etrusca *phersu* que significa máscara. Com a evolução, *persona* passou a designar aquele que desempenha um papel. Mas somente com o cristianismo a palavra «persona» adquiriu uma significação mais profunda, designando cada um dos seres humanos sem distinção, com a sua unicidade irrepetível e aberto à transcendência. «A história do conceito de pessoa define-se por várias e profundas mutações desde o seu início referindo-se à ideia de máscara, de papel teatral, modificando o significado para se referir ao homem como imagem de Deus, para finalmente na modernidade se identificar com a consciência de si». Porém, se a dimensão pessoal estiver apenas ligadas à consciência de si (a significação moderna), «é retirado a certos homens o direito de serem reconhecidos como pessoas únicas».

Da descoberta da alma por Sócrates ao conceito de pessoa

Os primeiros filósofos da Grécia antiga, os pré-socráticos, tinham um conceito naturalista do homem. Nos séculos seguintes, a teoria humoral explicou toda a actividade psíquica como sendo o produto de processos somáticos. Num diálogo expresso por Platão, Sócrates (470 AC a 399 AC) explicou a razão pela qual, condenado à morte pelas autoridades atenienses, não aceitou a ajuda que os seus amigos lhe propuseram de pagar uma multa em dinheiro ou escapar-se da prisão e fugir para o estrangeiro. «Os atenienses decidiram condenar-me. Eu decidi que era melhor para mim manter-me neste local onde me encontro e sofrer a pena de morte que me foi imposta. Para um animal ou para um escravo seria mais justo fugir para o estrangeiro, conduzidos pelo instinto de manter a vida no seu corpo. Se eu não me tomasse por mais justo e mais verdadeiro aceitaria essa ideia que rejeito...»

Sócrates acentua a ideia de que se o homem não fosse mais que o seu corpo ele próprio já estaria no estrangeiro conduzido pelo instinto de conservação; mas o homem possui uma alma e, por essa razão, ele pensava ser mais justo permanecer na prisão e aceitar a morte. Sócrates distinguiu o corpo da alma e considerava a dignidade da alma mais importante que a dignidade do corpo. Para o filósofo italiano Giovanni Reale (1931-2014), a distinção entre o corpo e a alma introduzida por Sócrates constitui não somente um ponto de viragem da filosofia antiga mas também o fundamento da civilização ocidental. Este fundamento... «tem um carácter antes do mais moral e espiritual... trata-se da descoberta da natureza do homem como *psyché*, com capacidade de compreender e de querer, e por conseguinte, com o discernimento do dever essencial de «cuidar da alma». Para Sócrates «nem apenas o corpo, nem apenas o corpo e a alma constituem o homem, mas para se ser homem é preciso ter alma».

A filosofia grega tinha dificuldade em explicar as relações entre o corpo e a alma, isto é, como é que uma alma espiritual, eventualmente imortal, se poderia integrar num corpo material e mortal. Como explicação, aceitava ora identificar o homem com o seu corpo encarando a actividade psíquica como sendo uma capacidade do corpo; ou, na alternativa, aceitava tomar o homem como a sua alma encarando o corpo como qualquer coisa de estranho ao homem, como uma espécie de prisão da alma.

Apenas o cristianismo, na esteira do Antigo Testamento com a descrição bíblica da criação, permitiu ultrapassar estas dificuldades: toda a criação, mesmo as coisas materiais, corresponde a um plano divino e são boas. O homem foi criado à imagem e semelhança de Deus. «O fundamento espiritual da Europa, que pode ser considerado como o vértice do pensamento sob o ponto de visto axiológico (...) é um dos conceitos chaves do cristianismo: *o conceito do homem considerado como uma pessoa*, com a consequente e implícita revalorização do corpo humano. Apesar da valorização elevada da *psyché* pela cultura grega, a Grécia não acedeu à noção de «pessoa», sobretudo porque tinha uma visão negativa do corpo».

Em cada cultura existe uma relação precisa entre a imagem de Deus, o homem e o mundo. Apenas a ideia de «Deus como pessoa» permitiu o desenvolvimento do conceito do «homem como pessoa». O homem como pessoa e Deus como pessoa são «dois conceitos que permitem encontrar a chave da abóbada da revolução cristã». Abriram horizontes novos ao es-

píritio humano. Trata-se de um novo conceito: o do homem como pessoa, uma ideia que estava ausente do pensamento grego e das culturas anteriores. Nele estava expressa uma ligação entre o conceito de «Deus como pessoa» com cada um dos homens. A noção do homem – pessoa estabelece uma relação directa com Deus.

O homem capaz de discernimento e de controlar os seus actos

Estão estreitamente ligados à ideia do homem como pessoa pelo menos duas das funções mentais mais importantes: a razão e o livre arbítrio.

Através da razão o homem é capaz de conhecer-se a si próprio, os outros e o mundo que o envolve. O homem é igualmente capaz de fazer juízos morais no sentido de avaliar a bondade e a maldade das acções.

Por outro lado, o homem encontra-se submetido a numerosas influências do seu próprio interior, como a dependência das suas predisposições genéticas e das suas funções somáticas; e também, evidentemente, das influências exteriores, que são de muitas ordens. Mas, a despeito destas limitações há sempre lugar para o livre arbítrio que lhe permite escolher entre diferentes opções, tendo em conta entre outras as suas valorações morais.

Com a afirmação do cristianismo, o conceito de pessoa tornou-se uma ideia fundamental para o Ocidente cristão. Mas a visão antropológica cristã confrontar-se-ia ao longo da História com concepções determinísticas que negavam o livre arbítrio, como ocorreu com a maioria dos Pais da Igreja que se confrontaram com a astrologia.

A crise do conceito de pessoa: o determinismo nas universidades e a Reforma protestante

Houve dois acontecimentos na História que condicionaram o desenvolvimento da civilização ocidental : o nascimento das Universidades e a Reforma protestante.

As novas universidades a partir do Século XI utilizaram sobretudo os textos das obras clássicas gregas com comentários helenísticos e árabes, isto é, com uma versão determinística e não personalista que negava a criação, a existência de uma alma individual e imortal e ainda o livre arbítrio. Esta visão materialista do mundo contribuiu para o desenvolvimento das

ciências naturais e representou ela própria uma subordinação de toda a natureza ao homem. Esta atitude determinou também uma crise da visão do homem como pessoa o que provocou a reacção de teólogos como Alberto o Grande (1207-1280); Bonaventura (1221-1274) e São Tomás de Aquino (1225-1274). E provocou também na Itália o nascimento do Humanismo.

Uma das obras mais importantes de Martinho Lutero (1483-1546), o pai da Reforma protestante é o «*Le serf arbitre*» dedicado a refutar a teoria do livre arbítrio. O homem não poderia nunca escolher entre possibilidades diferentes. A sua vontade seria sempre determinada, mesmo «possuída» por Deus ou por Satan. «Assim a vontade humana seria comparável a um animal de carga: se fôsse montado por Deus, a vontade do homem seria a vontade de Deus, tal como diz o Salmo: «eu tornei-me num animal de carga e eu estarei sempre contigo». Se fosse montado por Satan, a vontade do homem dirigir-se-ia para onde Satan a quis dirigir. O homem não teria nunca o poder de escolher o cavaleiro para correr ou de traçar o seu próprio caminho. Seriam os cavaleiros que lutam para ter consigo o homem que seria sempre tomado como uma presa com a vontade própria dominada. Para Lutero a negação do livre arbítrio representa a questão fundamental da sua polémica com a Igreja. Reconheceu ao humanista Erasmo de Roterdão (1466-1536) o mérito de o ter compreendido: «Vós, Erasmo, não me inquietastes com as questões sobre o papado, o purgatório, as indulgências, que constitem muito mais bagatelas do que questões verdadeiras... Vós e apenas vós distinguis-tes a charneira em torno da qual tudo se move e apontastes a verdadeira questão». Lutero comparou a razão do homem a uma prostituta e ridicularizou as pessoas virtuosas que julgam poder distinguir o bem do mal pela sua razão e fazer escolhas livres através do seu livre arbítrio. Na verdade, o homem seria sempre dominado pelas suas paixões, sobretudo pela da concupiscência. Para Lutero, o homem é carne, toda a humanidade é carne.

O naturalismo nas universidades e a antropologia de Lutero, ainda que muito diferentes, apresentam certas analogias: elas negam a dimensão pessoal do homem que se presume tomar decisões e agir livremente; na verdade, o homem será sempre determinado por seres sobrenaturais ou por forças naturais.

Estas perspectivas determinísticas influenciaram a cultura moderna, abandonando-se progressivamente a concepção tradicional do homem como pessoa, isto é, entidade capaz de discernimento e de livre arbítrio.

O esquecimento da ideia de pessoa

O filósofo alemão Romano Guardini (1895-1968) descreveu deste modo a evolução do pensamento ocidental: «Apercebemo-nos que desde o início dos tempos modernos se elaborou uma forma de cultura não cristã. Durante muitos anos as atitudes de negação da cultura cristã dirigiram-se mais à forma da própria Revelação do que ao seu próprio conteúdo, retomando os seus valores éticos, quer individuais quer sociais, que se desenvolveram inicialmente sob a influência do cristianismo. A cultura dos tempos modernos pretende precisamente repor alguns dos seus valores. Segundo este ponto de vista largamente adoptado nos estudos da História, os valores, como por exemplo, o da pessoa, o da liberdade, o da responsabilidade e o da dignidade individuais, a estima recíproca, a entreaajuda, constituem valores inatos no homem que os tempos modernos descobriram e valorizaram. Não há dúvida que foi o cristianismo que favoreceu a germinação destes sentimentos na humanidade e posteriormente os desenvolveu pela cultura religiosa da vida interior e da caridade activa no decurso da Idade Média. Mas, acrescentam outros autores, a autonomia da pessoa no renascimento tomou consciência de si própria e tornou-se numa conquista natural independentemente do cristianismo. Este ponto de vista exprime-se de múltiplas maneiras e de um modo particularmente representativo nos direitos do homem estabelecidos no tempo de Revolução Francesa.

Na verdade, estes valores e estas atitudes estão ligadas à Revelação. «O conteúdo da Revelação está em ligação directa com o que é caracteristicamente humano (...) O homem é essencialmente pessoa; esta realidade torna-se evidente quando a vontade moral se tornou presente, quando a Revelação permitiu, enfim, ao homem reconhecer uma ligação pessoal e viva com Deus; reconhecer-se como um ser pessoal e com vida: como filho de Deus».

A ausência da dimensão pessoal no homem exclui a existência de um elemento que permite integrar os múltiplos aspectos do ser humano; é preciso acrescentar: que permita reconhecer um sentido para a vida e permita ainda subordinar as funções psíquicas a uma finalidade determinada. Sem este princípio hegemónico há o risco da fragmentação do ser humano com o predomínio de uma função sobre outra ou sobre as outras, cada qual

pretendendo caracterizar inteiramente o homem. Com efeito, a rejeição da dimensão pessoal do homem conduz a diferentes formas de relativismo. Nomeadamente ao relativismo moral: o homem moderno é o criador arbitrário das suas noções morais.

A ideia do homem que os tempos modernos conceberam não existe. Tentam incluí-lo em múltiplas categorias às quais ele não se adapta: mecânicas, biológicas, psicológicas, sociológicas, enfim, todas as maneiras de fazer do homem um ser «natural» como se a natureza o pudesse dotar daquilo a que chamamos o espírito.

Mas há um facto que é inegável: cada pessoa não existe por si própria, mesmo que existindo não quisesse ter existido, mesmo que pretendesse negar a sua própria existência real. Cada pessoa foi chamada à existência por Deus, para estabelecer uma relação com a natureza, com as coisas e certamente com as outras pessoas. «Cada pessoa possui a liberdade magnífica e terrível de poder manter o mundo e de o destruir. Ainda muito mais: de poder afirmar-se e ser ela própria ou abandonar-se e perder-se.»

A dignidade da pessoa ligada à antropologia cristã

O Catecismo da Igreja Católica ensina: «Porque foi criado à imagem de Deus o indivíduo humano tem a dignidade de pessoa: não é apenas uma coisa, mas um ser único. É capaz de se conhecer, de se possuir e de livremente se dar e entrar em comunhão com as outras pessoas, sendo chamado pela graça através de uma aliança interpessoal com o seu Criador a oferecer-lhe uma resposta de fé e de amor que nenhuma outra pessoa poderá dar.

A visão cristã do homem supera o dualismo do corpo e da alma tal como sublinha o Catecismo da Igreja Católica: «A unidade da alma e do corpo é tão profunda que se deverá considerar a alma com a forma do corpo; de outra maneira, é a graça da alma espiritual que forma o corpo tal qual ele é, constituído por matéria viva num corpo vivo: no homem, o espírito e a matéria não constituem duas naturezas unidas, mas a sua união forma uma única natureza, um único ser.

A recusa da visão personalista rompe esta unidade e não só dá origem a várias formas de relativismo, mas permite várias concepções utópicas e irrealistas. De facto, a negação do homem como unidade individual entre o corpo e a alma conduz a duas possibilidades opostas:

– à negação da alma como entidade autónoma com a redução de todas as funções superiores a mecânicas determinísticas criadas por forças materiais, por um lado;

– ou, do outro lado, a um desenraizamento da actividade mental dos seus fundamentos somáticos e vitais aliado a uma autonomia do espírito que não aceitaria os limites impostos pela natureza e encararia a morte como uma libertação. Nesta concepção o corpo seria vivido como uma prisão da qual o espírito se deve escapar dando lugar à sua emancipação definitiva.

Perspectivas da primeira, segunda e terceira pessoa

A negação da alma como entidade autónoma envolve também a desvalorização da consciência e do livre arbítrio e procura explicar a actividade do homem de um ponto de vista objectivo, isto é, na perspectiva da terceira pessoa. De facto, há três pontos de vista para compreender e descrever o comportamento humano, que são descritos como as perspectivas da 1ª, da 2ª e da 3ª pessoa. A *perspectiva da 1ª pessoa* é a explicação que o próprio sujeito pode dar dos seus actos; a *perspectiva da 2ª pessoa* corresponde à interpretação do comportamento do outro que nós podemos dar identificando-nos com ele com base nas nossas experiências subjectivas utilizando a nossa empatia; a *perspectiva da 3ª pessoa* tenta interpretar o comportamento humano com base em critérios objectivos e se possível científicos. A maioria dos psicólogos modernos prefere a perspectiva da 3ª pessoa e desvalorizam os outros pontos de vista que representariam interpretações primitivas do comportamento humano. Na perspectiva da primeira pessoa o indivíduo iludir-se-ia por ser o observador dos seus próprios pensamentos e acções porque tem tendência para interpretar mal o que pensa ou a razão pela qual se comporta de um certo modo particular. Essa autoconsciência não seria mais do que uma falsa consciência. A perspectiva da segunda pessoa, que é igualmente baseada na consciência de cada um, conduziria a construir uma psicologia popular com falta de objectividade e de fundamento científico. Apenas a perspectiva da terceira pessoa poderia explicar as verdadeiras causas reais do comportamento humano e poderia ser considerada como científica.

Perspectivas reducionistas

Como descreve Guardini, as ciências modernas reduzem o homem a categorias mecânicas: biológicas, psicológicas, sociais e também espirituais. As visões reducionistas têm implicações importantes para a compreensão das causas da actividade psíquica e do comportamento humano. Estas atitudes influenciaram as teorias médicas sobre a relação médico-doente.

A perspectiva biológica: Já o filósofo René Descartes (1596-1650) falou do corpo humano tomando-o como uma máquina; depois dele um outro filósofo francês, Julien Offray de la Mettrie (1709-1751) não considerou apenas o corpo mas todo o homem como uma máquina. Os progressos das ciências naturais permitiram clarificar certos aspectos do funcionamento do corpo e dos mecanismos da doença. No Séc. XVII foram descritas as teorias iatromecânicas e iatroquímicas que procuravam explicar todos os actos vitais, na saúde e na doença, pela intervenção de forças mecânicas ou por operações químicas. O paradigma evoluiu até ao presente: conhecemos os mecanismos biológicos de muitas funções e de muitas das suas perturbações; desenvolvemos medicamentos e outros meios de intervenção eficazes, mas com estas interpretações existe sempre o risco do reducionismo. Por exemplo, pelo facto de os indivíduos com depressão apresentarem diminuição da actividade das aminas biogénicas, principalmente da serotonina, a depressão foi considerada simplesmente como uma perturbação provocada por um déficite de serotonina no nível das sinapses e desenvolveu-se uma nova classe de medicamentos, os inibidores selectivos da recaptura da serotonina. Estes medicamentos, ainda que muito mais selectivos do que os primeiros antidepressivos, não se comportaram com maior eficácia e muitos estados depressivos são mais ou menos resistentes à terapêutica farmacológica com os nossos medicamentos. Isto é, os antidepressivos podem aliviar certos sintomas da depressão mas não é possível limitar o tratamento de todos os casos de depressão unicamente à prescrição de um fármaco antidepressivo.

A perspectiva psicológica: A maioria das escolas psicológicas modernas não aceita a existência de uma alma espiritual, limitando-se a considerar somente funções psíquicas e uma abordagem materialista e natu-

ralista. Sustentam que todos os seres têm a capacidade de se desenvolver se não houver obstáculos e que as perturbações dependem de factores que contrariam o desenvolvimento espontâneo e natural. Admitem, portanto, que existe nesses casos uma oposição entre a natureza e a vida.

No que se refere à psicologia das profundidades, poderia admitir-se uma disciplina científica que se dedicasse aos aspectos mais profundos da alma humana, isto é, ao que de mais humano tem o homem. Mas para Sigmund Freud (1856-1939), o fundador da psicanálise, essas profundidades correspondem à base biológica da actividade psíquica e instintiva. Para Freud a psicanálise pode explicar a actividade psíquica melhor do que outras teorias, mas as suas explicações são ainda provisórias e inexactas. Todas as dúvidas serão ultrapassadas quando for possível explicar os mecanismos psíquicos em termos físicos e químicos.

A corrente psicológica behaviorista critica todas as teorias que procuram explicar a actividade psíquica e o comportamento humano apoiando-se em dados da consciência; propõe-se estudar o comportamento apenas pela observação dos comportamentos. Segundo esta corrente deveria estudar-se o homem exactamente como se faz na psicologia animal. Sustenta que a psicologia humana deveria renunciar à perspectiva da primeira e da segunda pessoa, isto é, a tomar em consideração a subjectividade e limitar-se a considerar os comportamentos como reacções a certos estímulos. Entre o estímulo e a reacção não haveria lugar para a subjectividade.

Também os que se dizem psicólogos personalistas têm uma abordagem materialista. Por exemplo, a teoria centrada na pessoa desenvolvida por Carl Rogers (1902-1987) sustenta que em cada ser vivo e também no homem há uma tendência para a realização de si próprio, isto é, para a actualização e materialização da predisposição biológica e dos instintos. As perturbações psíquicas seriam provocadas por bloqueios induzidos pela sociedade devidos à educação e às convenções. Para Rogers o indivíduo deve ter confiança no seu «organismo». A razão e a inteligência não deveriam organizar-se segundo os valores estabelecidos mas o que seria correcto seria permitir que os sentimentos e as paixões se exprimissem livremente (como no mito do *bom selvagem*). Trata-se de um paradoxo que uma abordagem que se diz centrada na pessoa proclame mais a confiança centrada nos organismos do que na consciência moral.

A perspectiva sociológica: No seu livro «*As ciências sociais não matríciais ou a negação do homem*», o sociólogo alemão Friedrich Tenbruck (1919-1994) descreveu como as atitudes mais radicais da sociologia explicam os actos humanos unicamente como o produto de forças e leis sociais. Isto é, não haveria decisões livres de cada indivíduo: as actividades mentais e o comportamento seriam inteiramente dominados por factores sociais e apenas a sociologia seria capaz de reconhecer esses factores e as leis pelas quais se regem.

A aplicação à medicina dos princípios pelos quais se rege a sociologia constituiriam a base da sistematização de toda a atitude terapêutica. As medidas terapêuticas que se inspiram em modelos sistémicos de estudos das doenças admitem as que perturbações orgânicas e comportamentais de uma pessoa doente constituem uma disfunção incluída no grupo de pessoas onde estão integradas, isto é, as pessoas adoecem porque estão integradas numa família com disfunções. Apenas a teoria dos grupos sociais permitiria explicar as origens das doenças e propor as terapêuticas eficazes; todas as outras medidas terapêuticas que não se integrassem nesta perspectiva seriam consideradas como inúteis ou mesmo perniciosas.

Não há dúvida que o comportamento dos membros de uma família pode influenciar o decurso de uma doença. Certamente que as relações familiares podem provocar alterações num dos seus membros, mas a explicação de todas as doenças por causas exclusivamente atribuíveis à sociedade constitui uma deriva ideológica.

A perspectiva espiritualista: As «religiões da cura». A doença e a saúde física desempenham um papel particular nas grandes religiões; por exemplo, no catolicismo existem ritos particulares como a Unção dos Doentes, os actos de Bençãos dos Doentes e as devoções a Maria e a outros santos relativos às doenças. *Salus Infirmarum, Saúde dos enfermos*. Estes actos religiosos já demonstraram ter efeitos terapêuticos mas mantêm-se marginais. Assim outros movimentos religiosos e esotéricos como a da Ciência Cristã, a Cientologia, o Reiki, etc, todas com uma visão espiritualista e negando a dimensão corporal do homem. Atribuem às doenças do corpo uma origem psíquica ou espiritual. Para estes grupos, classificados como «religiões de cura» a doença, a perturbação orgânica e a cura desempenham um papel central e apenas um tratamento psíquico ou espiritual poderá ter sucesso.

Da negação da realidade da natureza humana à utopia da saúde perfeita e a ideologia da melhoria do humano

A visão pessoal do homem implica a concepção de que o homem possui uma natureza determinada orientada segundo uma finalidade, com um objectivo a realizar. Admite também que o homem contém em si próprio uma fragilidade essencial: é um ser frágil e vulnerável. Porém, o homem moderno tem tendência a não aceitar os seus limites e a sua fragilidade. Não admite que as medidas terapêuticas que pode utilizar sejam precárias e não obtenham uma cura completa. Para estes, a medicina deveria perseguir a ideia da saúde perfeita, isto é, não apenas conseguir tratar os doentes, mas satisfazer todos os desejos dos seus «clientes» (os clientes ou utentes não são todos necessariamente doentes) e incrementar as possibilidades do ser humano. A melhoria das capacidades do ser humano (*Human enhancement technologies: HET*) refere-se às tentativas de ultrapassar as fraquezas e os limites do homem, sobretudo com a utilização das novas tecnologias, como a informática, as biotecnologias, as nanotecnologias, etc.

Conclusão

A recusa da dimensão da pessoa pode induzir nos doentes e nos médicos atitudes que são falsas e perigosas.

O doente pode ser considerado como um objecto sem alma, como uma máquina, que não tem capacidade para desempenhar um papel activo na terapêutica. Num hospital um doente pode apenas ser tomado como um número da cama que ocupa ou como um caso incluído num código de catalogação das doenças. Ou então ser apenas tomado como um «cliente» ou um «utente» ou um «consumidor de serviços» e a sua vontade pode paradoxalmente tornar-se no supremo critério: *voluntas aegroti suprema lex*. Esta atitude ignora ou não aceita ou mesmo rejeita os limites da própria natureza humana. E também os limites, as capacidades, a vontade e a consciência dos médicos.

O médico, pelo seu lado, pode ser tomado apenas como um recurso de um sistema sanitário que deve facultar sem discutir as suas prestações, impostas por uma organização complexa e moldada aos desejos dos «clientes». Noutros domínios pode tornar-se numa espécie de aprendiz de feiticeiro admitindo experiências e a manipulação da natureza humana sem critérios ponderados de natureza ética.

No que se refere ao reducionismo lembremos a encíclica *Laudato si'*: «A reflexão, a argumentação, a criatividade, a interpretação, a elaboração artística e outras capacidades inéditas do homem excedem em tudo o domínio físico e biológico. A novidade qualitativa que implica o aparecimento de um ser pessoal supõe a acção directa de Deus, um apelo particular à vida e a uma relação de um Tu com outro tu. A partir dos textos bíblicos, as nossas considerações sobre o ser humano como um sujeito não podem nunca ser reduzidas às dimensões que se atribuem a um objecto». A carta encíclica sublinha que se deve respeitar a ordem inscrita na natureza, porque «Deus criou o mundo inscrevendo uma ordem e um dinamismo que o ser humano não pode ignorar» e somente o respeito pela ordem intrínseca da natureza pode legitimar todas as intervenções.

Bibliografia

- Emmanuel Housset**, *La vocation de la personne. L'histoire du concept de personne de sa naissance augustinienne à sa redécouvert phénoménologique*, Presses Universitaires de France, Paris 2007, p. 16.
- Giovanni Reale**, *Les racines culturelles et spirituelles de l'Europe*, Mame, Paris 2005, p. 37.
- Ernst Cassirer**, *Individuo e cosmo nella filosofia del Rinascimento*, trad. it., La Nuova Italia, Firenze 1974, p. 167.
- Martin Luther**, *De servo arbitrio*. Martin Luthers Werke, vol. 18, Böhlau, Weimar 1908.
- Romano Guardini**, *La fin de temps modernes*. Traduit de l'allemand par Jeanne Ancelet-Hustache, Éditions du Seuil, Paris 1952, pp. 111-113.
- Pierre Manent**, *La cité de l'homme*, Flammarion, Paris 1997, p. 171.
- Catéchisme de l'Église Catholique, N. 357.
- Friedrich H. Tenbruck**, *Die unbewältigten Sozialwissenschaften oder die Abschaffung des Menschen*, Styria, Graz, 1984
- Régis Dericquebourg**, *Croire et guérir. Quatre religions de guérison*, Dervy, Paris 2001.
- Lucien Sfez**, *La santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie*, Éditions du Seuil, Paris 1995.
- Lettre encyclique *Laudato si'* du Saint-Père François sur la sauvegarde de la maison commune**, 24 mai 2015.

A MISERICÓRDIA NO CUIDAR

Henrique Vilaça Ramos

O que é a misericórdia? O que é cuidar? Vale a pena esclarecer esses conceitos.

1 – Começando pela **misericórdia**, vou afastar-me da análise teológica do conceito, a que aludirei mais adiante, para buscar uma pista interpretativa na etimologia. Este termo veio directamente do latim – *miser cordia* – e tem, na sua raiz etimológica, a união de dois vocábulos: *miseratio* e *cordis*, sendo que *miseratio* significa compaixão e *cordis* vale por coração. Se atendermos somente a estas raízes etimológicas, então misericórdia significa coração compassivo ou compadecido.

De facto, quando se fala em misericórdia, o vulgo pensa em *compaixão e empatia*. Como estes termos são polissémicos, assumindo por isso significados variados, temos assim que misericórdia é uma designação tão ambígua quanto o são a empatia e a compaixão. Vejamos em mais detalhe estes dois conceitos.

A **empatia** é uma palavra relativamente nova na língua portuguesa, pois só aparece nos dicionários a partir de meados do século passado. Inicialmente era um conceito do campo da estética, na senda do trabalho de Robert Vischer¹ de 1873, e significava a ressonância emocional que uma obra de arte pode provocar na pessoa que a contempla, ressonância a que chamou *einführung*. O alargamento do conceito às ciências humanas e sociais deve-se a Theodor Lipps, ainda no século XIX. Por sua vez, Edward Titchener, nos princípios do século XX, traduziu o vocábulo alemão para o inglês *empathy*, já na linha da concepção de Lipps. Merecem também menção os trabalhos de Carl Rogers, nos anos cinquenta do século passado,

¹ Sigo, neste bosquejo histórico do conceito de empatia, o verbete *Empatia* da Stanford Encyclopedia of Philosophy, em <http://plato.stanford.edu/entries/empathy/>

que elaborou a teorização da empatia² com ampla repercussão na produção científica ulterior sobre o mesmo tema. Etimologicamente, empatia deriva do grego *empathia* e é geralmente percebida como capacidade de compreender emocionalmente o outro, entender o que ele está vivendo, saber o que o outro está a sentir. Muitos autores entendem que a empatia ocorre só a nível cognitivo e não no plano afectivo. Por isso há quem afirme que quem tortura tem empatia, pois se não percebesse que fazia sofrer o outro não praticaria a tortura.

Já a palavra compaixão deriva do latim *compassio* que significa comunhão de sentimentos, capacidade de sentir o que o outro está a sentir, de sofrer com ele e sentir-se levado a querer ajudar. Os que definem a empatia e a compaixão como acabei de referir distinguem-nas no modo como verbalizamos as duas situações. Assim, se eu dissesse a alguém, “*tu debes estar muito magoado com o que ele te disse*”, isso significaria que percebo o sentimento do outro – significa empatia – mas não indicaria que eu estava a sofrer do sofrimento do outro. Pelo contrário, se eu dissesse “*sinto-me pesaroso com o que ele te disse*”, estaria a expressar compaixão, a viver o sofrimento do outro. No primeiro caso, eu tinha somente percebido o sentimento dele, na compaixão eu manifestava o meu próprio sentimento. Estes autores salientam que a empatia pode levar-nos a frases com a palavra *tu* e a compaixão a frases com a palavra *eu*. Assim, eu exprimiria empatia se dissesse “*percebo como tu te sentes*”, enquanto na compaixão diria “*como eu me sinto*”.

Todavia, outros entendem a empatia e a compaixão quase ao contrário daquilo que agora referi e ainda outros quase não as distinguem. Por outro lado, chame-se-lhe empatia ou compaixão, parece difícil de aceitar a noção de que, ao perceber o sofrimento alheio, o observador possa ficar totalmente isento de uma reacção emotiva, numa fria neutralidade emocional. Uma tal atitude será do foro psicopatológico, como pode suceder em certos indivíduos antissociais. Em face destas ambiguidades e perplexidades, vejamos se a ciência moderna nos traz algum auxílio.

Investigações recentes de ressonância magnética (RM)³, nomeadamente de Tania Singer, vieram melhorar a compreensão dos fenómenos

² Rogers C, *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*, London, Constable, 1951.

³ Zaki J et al, *The neural bases of empathic accuracy*, Proc. Nat. Acad. Sc. of U. S. America, 2009, 106 (27), 11382–11387

psicológicos envolvidos na resposta ao sofrimento dos outros. Assim, verificou-se a existência real de dois tipos diferentes de reacção e que activam áreas cerebrais distintas. Um destes estudos mostra que, quando se observam vídeos de pessoas em sofrimento, muitos reagem partilhando desse sofrimento, embora sabendo que se trata de uma dor alheia. A RM revela que as áreas cerebrais activadas são as mesmas na pessoa que sofre e na que observa. Por isso, esta reacção é uma experiência real de sofrimento. A isto chama Singer *empatia*. Por exemplo, será empatia o sentir-se triste porque o outro está triste. Mas a RM revelou, em monges budistas, portanto pessoas dadas à meditação mas que observaram os mesmos vídeos de pessoas em sofrimento, que as áreas activadas eram diferentes das anteriores, eram áreas que são importantes no cuidar os outros, como por exemplo no cuidar os filhos. Esta resposta diferente caracteriza-se por uma emoção de caloroso apoio ao outro, mas que não envolve sofrer do que o outro sofre. A isto chama Singer *compaixão*. Além do interesse destes estudos no esclarecimento das respostas que podemos ter ao sofrimento alheio, eles podem ter ainda a vantagem de começar a estabelecer um consenso na nomenclatura científica, facto que, aliás, parece estar a surgir.

Com base nestes resultados, pode dizer-se que “a empatia é pôr-se na pele do outro para perceber e partilhar os seus sentimentos, ao passo que a compaixão é ter uma compreensão de 360 graus do sofrimento ou problema que o outro está a experimentar e agir para resolvê-lo.”⁴

A intensidade da resposta empática em face do sofrimento alheio é geralmente menor que a deste, mas até pode ser maior. Um pai ou uma mãe que vê o sofrimento de um filho pode até sofrer mais que ele. Quantas vezes desejariam poder trocar o sofrimento do filho pelo seu!

Por isso, a reacção empática pode ser prejudicial, sobretudo se for excessiva. Matthieu Ricard verificou, num estudo de RM com a já referida Tania Singer, que a empatia ao visualizar cenas de grande sofrimento se esgotou ao fim de hora e meia, sendo substituída por “cansaço, mal-estar, sensação de impotência e um impulso de se distanciar”⁵. A empatia traz, pois, emoções negativas, ao passo que a compaixão promove emoções positivas. Diz Matthieu Ricard: “sem o aporte do amor e da compaixão, a

⁴ WEAVING, *THE COMPASSIONATE VS. EMPATHETIC BRAIN*, em <http://chriskukk.com/the-compassionate-vs-empathetic-brain/>

⁵ Gitti G, *Empatia não é suficiente*, em <https://olugar.org/empatia-nao-e-suficiente/>

empatia entregue a ela mesma é como uma bomba elétrica na qual a água não circula mais: ela vai rapidamente superaquecer e queimar.”⁶ Percebe-se, assim, que a empatia possa ser causa de *burnout*.

O risco de o médico e qualquer outro cuidador sofrer uma empatia excessiva, deletéria, prende-se com a noção da distância crítica. Manter a distância crítica significa que me tornei suficientemente próximo para perceber o sofrimento do outro e até as suas causas, mas não tão próximo que passe a sofrer como ele ou até mais do que ele. Se a distância emocional for demasiado próxima, há duas consequências negativas. A primeira é que a capacidade de julgar é afectada e, com ela, é afectada a capacidade para lhe dar o apoio de que necessita. A outra consequência negativa é, como já vimos, o *burnout*, a exaustão emocional.

2 – Depois destas considerações passo a abordar agora a noção de **cuidar**.

Cuidar é “relacionar-se com outra pessoa pela qual existe um sentido pessoal de compromisso e responsabilidade”⁷ de modo a prestar-lhe o auxílio necessário e é expressão concreta da misericórdia. A verdadeira misericórdia pressupõe a compaixão que me leva a agir, isto é, a prestar todo o apoio possível. Uma misericórdia que não se traduz em actos, não é misericórdia.

Na Parábola do Bom Samaritano, o sacerdote e o levita passaram e viram o desgraçado à beira da estrada. Viram – e a menos que fossem anormais – não deixaram de sentir o sofrimento dele, mas nada fizeram. Tiveram empatia e mais nada. Pior ainda, podem ter tido a tentação de julgar: estás assim porque o mereceste. Só o samaritano foi além da simples empatia, convertendo-a em compaixão, pois só ele fez algo pelo infeliz. Esta parábola, dá-nos o sentido evangélico da misericórdia. A palavra hebraica não significava simples piedade, mas atitudes concretas. A misericórdia “implica sempre um dever real”⁸, não é um simples sentimento. O misericordioso age e age tendo como exemplo a misericórdia de Deus. Foi por ela que fomos salvos em Cristo e, por isso, a misericórdia é, como afirma um teólogo, “a palavra chave de toda a história humana”.⁹

⁶ Ricard M, cit. por Gitti G, loc. Cit.

⁷ Swanson KM, *Empirical development of a middle range theory of caring*, Nursing Research, 1991, 40: 161-6

⁸ Piva P, *Misericórdia*, Dicionário Enciclopédico de Teologia Moral, 4ª ed., Edições Paulinas 1980.

⁹ Piva P, loc. cit.

O cuidar está presente em muitas relações entre as pessoas: os pais cuidam dos filhos, os filhos cuidam dos pais idosos, as pessoas cuidam dos que estão em estado de necessidade e cuida-se um animal de companhia. Para os enfermeiros, o cuidar tem sido considerado como o cerne da sua prática e é por ele que se avalia a excelência dessa prática. Ora, essa mesma preocupação deve existir nos médicos, recuperando estes o que foi um elemento chave da sua actuação desde os primórdios da profissão.

Antes do advento da medicina científica, o médico tinha muito pouco para oferecer em termos de terapêutica e as suas acções eram muitas vezes coroadas pela iatrogenia. Mas se o médico pouco podia oferecer aos seus doentes em termos de tratamento eficaz, muito podia fazer no acompanhamento, no estar com o doente, apoiá-lo e consolá-lo. Com o surgimento da medicina científica – cujo mérito nunca é demais realçar – a prática médica tem-se afastado progressivamente do cuidado. Com efeito, a formação dos médicos tem vindo a fazer-se cada vez mais para a cura da doença e para a sua prevenção, numa prática que se vem afastando da pessoa doente pela progressiva intromissão da técnica (por exemplo, o computador) na relação médico-doente. Ora, o cuidado distingue-se do curar, porque o cuidar permanece mesmo quando a esperança de cura se desvanece. Por isso, “o cuidado preserva a dignidade humana no sistema de cuidados de saúde tecnológico, dominado pela cura.”¹⁰

O cuidado deve ser um elemento central da prática de todos os profissionais de saúde. Quando ele falta, não só a medicina perde a sua dignidade, mas também os resultados terapêuticos não são os melhores.

Quais são as características dessa prática de cuidados? Segundo Potter e cols., usar a bondade, inculcar fé e esperança, aceitar os sentimentos do doente são algumas das características do cuidar. Segundo a teoria de Swanson, o cuidado tem cinco elementos: conhecimento, estar com, fazer a, habilitar e manter a esperança. Vejamos o que isso significa no caso concreto dos cuidados de saúde.

a)- *Conhecimento* que permite perceber o que se passa, nomeadamente que significado tem para o doente a presente alteração da sua saúde, o impacto que para ele tem a sua doença. Mas quantas vezes é que o médico pergunta: “como é que você se sente em relação à sua doença?” ou “como é que a sua

¹⁰ Potter et al, loc. cit.

doença afecta as suas práticas quotidianas?”¹¹. O conhecimento revela-se, pois, essencial para perceber globalmente toda a situação e, a partir daí, ajudar o doente.

b)- *Estar com* o doente no plano emocional, compartilhar sentimentos. Com efeito, a nossa resposta ao sofrimento do outro não pode limitar-se ao plano cognitivo, tem de ser também afectivo, mas de uma forma saudável, isto é, manifestando compaixão que leva a agir. “Conhecer com o coração e não apenas com a cabeça”¹², como salienta Leonardo Boff.

c)- *Fazer ao* doente como ele gostaria de fazer a si mesmo se lhe fosse possível, prestando-lhe tanto os cuidados físicos como os psicológicos e os espirituais de que tenha necessidade. Isto significa também respeitar o sistema de valores do doente, os seus critérios e as suas crenças.

d)- *Habilitar* ou *empoderar*, facilitando ao doente o enfrentar da sua situação, informando, explicando, analisando alternativas. Este empoderamento diz respeito não só ao que o doente está a viver com a sua doença, mas também às repercussões sobre os seus familiares e amigos.

e)- *Manter a esperança*: O quinto elemento da teoria do cuidado de Swanson prende-se com a esperança. Vejamos como e porquê.

“A esperança tem um lugar importantíssimo na medicina. Com efeito, o psiquismo e a saúde física estão de tal modo relacionados que podem constituir um ciclo vicioso ou um ciclo virtuoso”.¹³ Com razão advertiu Oliver Wendell Holmes: “atenção a não tirar a esperança a outro ser humano”¹⁴. Agir de um modo que retira a esperança ao doente é um pecado capital por parte do médico. Mas ao médico não importa só não cair nesse erro, cumpre-lhe suscitar e alimentar a esperança do doente. Todavia, é preciso ter em atenção que “a verdadeira esperança conhece a realidade, não esconde os riscos, compreende-os e incentiva a lutar apesar deles, dando fortaleza para suportar os sofrimentos da doença e dos tratamentos”¹⁵.

¹¹ Potter et al, loc. cit.

¹² Boff L, *Comunicar-nos com a Natureza com compreensão, compaixão e amor*, in <http://www.servicioskoinonia.org/agenda/archivo/portugues/obra.php?ncodigo=93>

¹³ Lopez S, *For hospital patients, feelings are facts*, acedido em <http://businessjournal.gallup.com/content/163286/hospital-patients-feelings-facts.aspx>

¹⁴ Cit. em *O remédio da esperança*, acedido em <http://www.portaldafamilia.org/artigos/artigo338.shtml>

¹⁵ Ramos HV, loc. cit.

Richard Davidson afirma que, no plano psicológico, a esperança tem uma componente cognitiva e uma componente emocional ou afectiva¹⁶. O plano cognitivo corresponde a dar-mos conta das circunstâncias que estamos a viver e das perspectivas futuras, isto é, ter em conta a realidade. A componente afectiva resulta de perspectivar as melhores saídas, antecipar o prazer da vitória, numa visão positiva que gera a decisão e a energia para lutar e alcançar os melhores resultados. Mas estes dois aspectos estão relacionados entre si, na linha do que António Damásio refere sobre as ligações das emoções com a esfera cognitiva, podendo dizer-se que “as emoções são os nossos guias cognitivos”¹⁷.

Adoptar uma atitude de esperança consiste, pois, em estabelecer uma meta possível – por exemplo a cura da doença – antegozar a satisfação desse desejo e, com essa expectativa, com essa carga emocional, encontrar as energias para pôr em marcha as medidas terapêuticas que podem levar até ao objectivo almejado.

Mas o que sucede quando não se obtém o que a esperança anseia? Perde-se a esperança? Não, simplesmente se transmuda, porque a esperança é dinâmica. Quando o doente, embora cheio de esperança, piora em vez de melhorar, continua a haver lugar à esperança, embora modificada. Tal como dizia a mulher de um doente com glioblastoma multiforme, a esperança continua, mas muda continuamente¹⁸, isto é, “a esperança muda com as mudanças das situações e das expectativas”¹⁹.

Perante uma doença que não cede a nenhuma terapêutica e marcha irremediavelmente para a morte, a esperança inicial pode ter sido da cura com um determinado tratamento; mas quando este falha, a esperança de cura transfere-se para um outro tratamento, caso exista; depois, com o progredir da doença e a inevitabilidade da morte, a esperança reside na ausência de sofrimento e, finalmente, numa morte digna.

¹⁶ Davidson R, cit. por Groopman J, *The anatomy of hope. How you can find strength in face of illness*, Pocket Books, 2006

¹⁷ Groopman J, op. cit.

¹⁸ Strause L, Patient-First Approach to Improve Oncology Clinical Trials, acedido em <http://www.appliedclinicaltrials.com/appliedclinicaltrials/CRO%2FSponsor/Patient-First-Approach-to-Improve-Oncology-Clinica/ArticleStandard/Article/detail/808510>

¹⁹ Friedman HS e Szalavitz M, *What is “Hope” for a Patient with a Brain Tumour?* Em <http://www.bt buddies.org.uk/stories-of-hope/what-is-hope-for-a-patient-with-a-brain-tumour.html>

Às vezes, a esperança reside em viver até uma certa data que tem um significado especial para a pessoa. Recordo um familiar com cancro da próstata que, já em fase terminal, só queria viver mais uma semana, para assistir à primeira comunhão do seu único neto. Teve alta hospitalar para ir morrer a casa. Ali consegui aguentar-se uma semana até ao dia da comunhão. Já não pôde ir à Igreja, mas presenciou a festinha em sua casa, vivendo a alegria que antegozara. Depois, faleceu tranquilamente.

Mesmo que a esperança não seja premiada com a cura, o tempo extra que os tratamentos concedem pode ser uma oportunidade insubstituível para alcançar outros objectivos, no plano psicológico e no espiritual. Como ponderava alguém cujo pai faleceu de cancro do pâncreas, o tempo extra que os tratamentos lhe deram foi uma bênção para toda a família. “Foi um presente de tempo - o tempo que passámos juntos dizendo tudo o que precisava de ser dito. Tempo que passámos a forjar laços familiares mais fortes do que tínhamos antes. Na nossa tristeza, todas as divergências insignificantes foram postas de lado”²⁰. Com efeito, a esperança nutre-se também nesta crença de que o sofrimento pode ser uma bênção, pode trazer dádivas valiosas, ainda do lado de cá da vida.

Tendo sido demonstrado o grande valor preditivo das emoções positivas quanto à saúde física das pessoas e a eficácia da esperança, por vezes igual à das mais poderosas terapêuticas, então alimentar a esperança dos doentes é uma estratégia terapêutica, uma estratégia que deve merecer tanto empenho do médico como o que ele põe nas noutras terapêuticas²¹.

Antes de concluir estas referências à esperança, gostaria de examinar um problema que a esperança pode apresentar no plano ético. Até que ponto os profissionais devem acompanhar e incentivar a esperança dos doentes? Com efeito, podemos perguntar se é ético, por exemplo, acender a esperança no doente ao propor a cirurgia num tumor que só tem 10% de sobrevida aos 5 anos. É claro que não seria ético fazê-lo enganando o doente sobre as suas *chances* de sobreviver e sobre os potenciais efeitos adversos. Mas aqueles 10% são razão para a sua esperança e se o doente quer apostar nessa possibilidade, devemos ajudá-lo a vivê-la. Propor a cirurgia a estes doentes, com clara revelação de eventuais sequelas, não é

²⁰ Doyle A, *Without hope, we have nothing*, acedido em http://cancer.about.com/od/pancreaticcancer/a/pancreaticstory_2.htm

²¹ Lopez SJ, op.cit.

dar-lhes uma falsa esperança, nem é encarniçamento terapêutico, é uma atitude realista. Não o fazer é negar-lhes uma possibilidade real de cura, ainda que a probabilidade seja remota. Não propor a cirurgia baseado em estatísticas desfavoráveis é esquecer que, como diz alguém²², “ao fim e ao cabo as estatísticas são só isso, estatísticas. Terá sempre de haver alguém naquela percentagem mínima que contraria as previsões”. Além de que a medicina não é uma ciência exacta e nela há sempre lugar para a incerteza e, por isso, a realidade nunca é a de um futuro inexoravelmente fechado. Com efeito, “o resultado de cada doença é incerto e dentro dessa incerteza encontramos razão para a verdadeira esperança, porque as doenças não lêem os tratados de medicina e o tratamento pode ter um impacto verdadeiramente prodigioso”²³.

Termino aqui estas considerações sobre a esperança e prossigo na **análise do cuidar**. Um elemento capital no cuidar é a *comunicação*, pois ela é a “ferramenta primordial para formação de vínculo e satisfação das necessidades do doente”²⁴.

A boa comunicação começa pela audição, pelo saber ouvir, tão importante no cuidar. Saber ouvir é não só escutar o que é dito, mas também notar as inflexões da voz, reparar nas expressões faciais e em toda a linguagem não-verbal. Saber ouvir é também escutar o silêncio.

Um elemento importante na comunicação é a posição do doente e do médico. O médico que sabe ouvir não se coloca em posição mais alta que o doente. Se este está sentado, o médico deve estar também sentado, o que ocorre habitualmente em ambiente de consulta, mas se o doente está acamado, o médico deve sentar-se a seu lado. Infelizmente, nem sempre há uma cadeira para que o médico se sente ao lado da cama. Nesse caso e sempre que possível, a solução é sentar-se na beira do leito. O facto de estar sentado é uma maneira muito clara de o médico dizer ao doente que está ali para o ouvir, com atenção e interesse. Estar ali sem pressas, com disponibilidade total para conversar com ele, é condição essencial para uma boa

²² Groopman J, *The anatomy of hope. How you can find strength in face of illness*, Pocket Books, 2006

²³ Groopman J, op. cit.

²⁴ Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20Poder%20da%20Comunica%C3%A7%C3%A3o%20na%20Enfermagem%20-%20Enfermeira%20Maria%20Jos%C3%A9%20Silva%20Enf%20Especialista%20SMO.pdf>

comunicação. Pelo contrário, se o médico se coloca de pé, induz a ideia de que não tem muito tempo para estar com ele.

Muitas vezes, comunicar é também manifestar carinho, tocar o doente, realizar um gesto de afago, em suma manifestar afecto que demonstre ao doente quanto estamos interessados e envolvidos com ele no seu sofrimento e nas suas necessidades.

Quando se vê um doente pela primeira vez e se começa a fazer a história clínica, a conversa é quase sempre dirigida pelo médico, com perguntas sucessivas: *De que se queixa? Há quanto tempo? É a primeira vez que sente isso? Que outras doenças teve? Foi operado?* Etc. Geralmente, é assim que se ensinam os futuros médicos, mas será esta a melhor abordagem do doente? Neste diálogo comandado, o doente tem oportunidade de dizer tudo o que é importante? Será esta a melhor maneira para ouvir as suas queixas? Os defensores da medicina narrativa deram-se conta das limitações deste diálogo, em que se perdeu a verdadeira arte de ouvir. Um exemplo de diálogo mais produtivo é-nos dado por uma cultora da medicina narrativa, Rita Charon. Costuma ela dizer ao doente: “Vou ser a sua médica e portanto preciso de saber muitas coisas sobre o seu corpo, a sua saúde e a sua vida. Diga-me por favor o que preciso de saber sobre a sua situação²⁵”. E acrescenta: “Só preciso de dizer isso. Não tomo notas, não escrevo nada no computador. Aprendi a ouvir com muita atenção. Sou uma leitora atenta das histórias que os doentes me contam.” Só depois escreve as notas sobre o que ouviu e confere-as com o próprio doente. Diz ela que a primeira vez que utilizou esta abordagem, ao fim de alguns minutos o doente desatou a chorar. Perguntando-lhe porque chorava, respondeu que “nunca ninguém o tinha deixado falar assim²⁶”.

Dir-se-á que isto é para psicólogos e que afinal ainda não se tinha apurado de que doença sofria. Mas esta oportunidade de descarregar o seu coração pesado teve duas consequências benéficas: por um lado, qualquer que fosse a doença, esta catarse só pode ter beneficiado a sua evolução e, por outro lado, ela permitiu uma relação médico-doente de grande qualidade que se vai reflectir também positivamente na luta contra a doença.

²⁵ Charon R, *Narrative Medicine: Attention, Representation, Affiliation*, em <http://wp.vcu.edu/adlt677/wp-content/uploads/sites/4910/2014/09/Naarrative-medicine-attention-representation-affiliation.pdf>

²⁶ Charon R, *idem*

Como disse João Lobo Antunes, “com frequência não olhamos para lá da máscara dos sintomas. Esta não é a doença, e esconde uma desoladora solidão, uma perda sem remédio, uma angústia sem consolo, um vale de lágrimas contido a custo por uma frágil película de orgulho.”²⁷

Nota também judiciosamente Lobo Antunes que o impacto das novas técnicas de imagem, como a TAC e a RM “trouxeram uma flagrante imediatividade ao diagnóstico e isto abafou a narrativa da doença. Esta nunca mais recuperou. De facto, as tais mil palavras valiam muito menos do que a imagem ostensiva do inimigo”²⁸. É esta deriva introduzida pela hodierna medicina técnico-científica que importa suster, o que só se conseguirá recuperando o diálogo hipocrático, assente no saber ouvir.

Mas *a comunicação é bidirecional*. Cumpre ao médico comunicar ao doente tudo o que lhe possa interessar, responder às suas perguntas, às suas angústias. Inscreve-se nisto a necessidade do consentimento informado e esclarecido, em homenagem à sua autonomia. Com efeito, é necessário levar ao doente todas as informações necessárias, responder a todas as perguntas sobre o seu estado de saúde e sobre os actos médicos que lhe venham a ser propostos.

Comunicar bem é ter tacto no que se diz, nunca caindo na fácil tentação de dizer, a quem tem manifestações de doença que não o enganam quanto à sua gravidade, frases do género: “verá que vai correr tudo bem”. Frases deste tipo num tal contexto quebram o vínculo de verdade e de confiança essencial à relação médico-doente.

Considero agora um outro aspecto do cuidar com misericórdia. Segundo Tania Singer é possível *educar de modo a converter as reacções de empatia em reacções de compaixão*. Mas parece também promissor condicionar o acesso ao curso médico em função da capacidade dos candidatos para demonstrar compaixão. Isso é totalmente impossível no actual sistema de acesso que só pretende apurar a capacidade cognitiva para aprender a ciência médica. A insuficiência deste modelo tem sido largamente salientada, mas até agora a crítica não levou a qualquer melhoria. Em geral fala-se na necessidade de introduzir a entrevista pessoal ou uma bonificação da nota em função da vocação do candidato, etc. Sendo achegas importantes

²⁷ Antunes JL, *A minha narrativa*, em <http://www.academianacionalmedicina.pt/Backoffice/UserFiles/File/Documentos/A%20MINHA%20NARRATIVA-JLoboAntunes.pdf>

²⁸ Antunes JL, *idem*

que muito podem melhorar a situação actual, elas não respondem, todavia, a esta necessidade de seleccionar os mais capazes no plano das relações humanas. Não falo, é claro, na hipótese de fazer passar os candidatos por um exame de RM baseado nos trabalhos que mencionei, pois há outras maneiras de caminhar nesse sentido. Uma modalidade de que tive conhecimento já há largos anos consiste em, depois de seleccionar os candidatos com todas as condições usuais, fazê-los passar por unidades de saúde, como clínicas de cuidados continuados, unidades de cuidados paliativos, clínicas de reabilitação, etc. Ao fim de um período de observação adequado (1 a 2 meses), os candidatos podem ser recusados por opinião do seu monitor ou podem eles próprios concluir que não era afinal esta a sua vocação. Reconheço a dificuldade de montar um tal sistema de avaliação, mas o que está em causa é tão importante que bem mereceria o esforço de o tentar.

Tudo o que venho dizendo refere-se ao cuidado como resposta gerada pela misericórdia. O cuidar com misericórdia estabelece um vínculo afectuoso entre o médico e o seu doente e torna-se assim gratificante para o próprio médico. Mas o cuidado não depende dessa retribuição, deve ser puramente altruísta, na linha da misericórdia perfeita. É isso que se verifica quando o doente está incapaz de transmitir os seus sentimentos, nomeadamente nos doentes inconscientes, e em que a qualidade do cuidado deve permanecer intacta.

Perguntar-se-á em que se distingue o cuidado proporcionado ao doente pelo médico cristão. Isto conduz-nos à *noção evangélica da misericórdia*. “A misericórdia não pode ser reduzida a uma simples virtude moral e, ainda menos, a uma bondade genérica”²⁹, devendo distinguir-se a “misericórdia, que é uma virtude da vontade, e a piedade sensível que não passa de uma louvável inclinação da sensibilidade”³⁰. A sensibilidade é onde se inscreve a empatia, mas é a vontade que leva à acção, à misericórdia verdadeira. “O simples compadecimento dos sofrimentos do próximo é próprio apenas dos seres humanos, não de Deus, pois como diz S. Tomás de Aquino, ‘não é próprio de Deus contristar-se com a miséria de outrem’... mas é próprio de Deus removê-la”³¹. É através da misericórdia que Deus revela

²⁹ Equipas de Nossa Senhora, *Muros não, pontes sim*, Tema de estudo 2016/2017

³⁰ Garrigou-Lagrange R, cit. em *Ao vivo com padre Paulo Ricardo, A divina misericórdia*, em <https://padrepauloricardo.org/episodios/a-divina-misericordia>

³¹ Aquino ST, *Summa Theologica*

o seu amor de Pai. Na Bíblia, a repetição ‘eterna é a sua misericórdia’ “parece querer romper o círculo do espaço e do tempo para inserir tudo no mistério eterno do amor. É como se se quisesse dizer que o homem, não só na história mas também pela eternidade, estará sempre sob o olhar misericordioso do Pai”³².

Em Deus, “a misericórdia é um atributo e uma operação *ad extra*, com a qual Ele socorre os homens na miséria e na desventura, dando-lhes perdão e salvação”³³. A misericórdia “é o acto último e supremo pelo qual Deus vem ao nosso encontro”³⁴ e como diz Pompeo Piva, “a misericórdia é a primeira e última palavra da fé”³⁵. Dizia S. Tomás de Aquino e lembrava o Papa, que na misericórdia revela-se a onipotência de Deus. Por tudo isto, “a misericórdia não é apenas o agir do Pai, mas torna-se o critério para individuar quem são os seus verdadeiros filhos”³⁶.

O médico cristão, que deve viver este ano jubilar da misericórdia – e sempre – procurando ser instrumento da misericórdia divina, encontra na fé em Cristo o fundamento para duas características peculiares da sua prática profissional. Na verdade, o que vive no desejo de usar de misericórdia para com o seu semelhante, na linha do que Cristo ensinou e praticou, encontra n’Ele uma excelente motivação, sendo certo que uma boa motivação não pode deixar de se reflectir na qualidade do que se faz. Olhado nesta perspectiva, o cuidado surge-nos como exigência do amor. Movido pela fé, o cuidado cristão torna-se misericórdia em acção. Alguém disse que “o amor é a expressão mais alta do cuidado” e, de facto, “tudo o que amamos também cuidamos.”³⁷ Por outro lado, como recordou o Papa Francisco na mensagem quaresmal de 2015, “o sofrimento do outro constitui um apelo à conversão, porque a necessidade do irmão recorda-me a fragilidade da minha vida, a minha dependência de Deus e dos irmãos”.

³² Alves H, *Misericórdia e Justiça na Bíblia*, em <http://www.capuchinhos.org/attachments/article/834/MISERIC%C3%93RDIA%20E%20J%20USTI%C3%87A%20NA%20B%C3%8D-BLIA.pdf>

³³ Vigenlli G, *Una rivoluzione pastorale*, ed. Tradizione, Famiglia, Proprietà, 2016

³⁴ Papa Francisco *Bula Misericordiae Vultus*, Vaticano, 2015

³⁵ Piva P, loc.cit.

³⁶ Papa Francisco, loc. cit.

³⁷ Palaoro A, *Lava-pés: para uma “Igreja da toalha”*, em <http://www.catequesehoje.org.br/raizes/espiritualidade/685-lava-pes-para-uma-igreja-da-toalha>

Mas para o médico cristão, cuidar com misericórdia tem ainda outro aspecto importante, em relação com a recompensa: ao fazê-lo, o cristão sabe que agrada a Deus e nisso recolhe a sua maior gratificação. Por sua vez, esta gratificação ajuda também a motivação, fechando-se assim um círculo vivificado pelo Espírito Santo.

Uma nota mais sobre a falsa misericórdia gerada por uma falsa compaixão. Diz o nosso Papa: “O pensamento dominante propõe às vezes uma ‘falsa compaixão’: aquela que julga que promover o aborto é uma ajuda para mulher; que procurar a eutanásia é um ato de dignidade; que é um grande avanço científico ‘produzir’ um filho considerado como um direito em vez de acolhê-lo como um privilégio”³⁸.

E termino regressando ao que os estudos recentes de RM revelaram sobre as nossas respostas ao sofrimento alheio, estudos que levam a concluir que o importante será condicionar as nossas respostas a esse sofrimento de modo a transformar a empatia em compaixão. A experiência de meditação dos monges budistas vem sublinhar o papel da oração de meditação. A oração é pilar fundamental da vida cristã e essencial à prática do médico cristão. Pela oração fervorosa se reforça o amor para, como defende Tania Singer, passar de um “exagerado egoísmo e individualismo ao altruísmo e a uma noção de interdependência”.³⁹ O mesmo é dizer que temos de dar lugar ao amor enquanto única arma para instaurar o bem. Só quando o amor responde ao sofrimento de alguém, o cuidar se torna expressão de misericórdia. Possa N^{ra} Senhora da Misericórdia infundir no coração dos médicos o amor que os fará melhores profissionais, médicos que sabem cuidar com misericórdia.

³⁸ Papa Francisco, *A vossa missão é cuidar e defender a vida*, cit. por aceprensa em <http://www.aceprensa.pt/articulos/2014/nov/29/vossa-misso-cuidar-e-defender-vida/>

³⁹ CNS, *Feeling Others' Pain: Transforming Empathy into Compassion*, em https://www.cogneurosociety.org/empathy_pain/



TEMAS ACTUAIS

– EUTANÁSIA –

– IDEOLOGIA DE GÉNERO –

- **EUTANÁSIA – OS BASTONÁRIOS E A DEFESA DA VIDA HUMANA**
- **EUTANÁSIA – QUANDO SE DERRUBA O ALICERCE**
- **EUTANÁSIA – SIGNIFICADO**
- **IDEOLOGIA DE GÉNERO E LIBERDADE**

TEMAS ACTUAIS**EUTANÁSIA: OS BASTONÁRIOS E A DEFESA DA VIDA E DA DIGNIDADE HUMANA****A Associação dos Médicos Católicos Portugueses e a tomada de posição do actual Bastonário e ex-Bastonários da Ordem dos Médicos**

A Associação dos Médicos Católicos Portugueses não pode, na sequência do que já fez relativamente à tomada de posição da Ordem dos Médicos sobre a eutanásia, deixar de manifestar a sua concordância com a declaração recentemente emitida pelo seu actual Bastonário e ex-Bastonários acerca da mesma questão. Na verdade:

1. O actual contexto sociocultural, apesar dos grandes benefícios trazidos pelos enormes avanços científicos e tecnológicos, está marcado por uma perda de sentido da vida humana, em que é visível uma crise do homem, considerado como “supérfluo” e subjugado aos interesses económicos e à “máquina de produção”. Esta visão negativa do ser humano, acompanhada por sucessivas agressões contra a vida, manifesta-se, também hoje, na pretensão de legalizar a eutanásia, exercendo uma violência sobre os mais vulneráveis, os doentes (físicos e psíquicos) e os idosos, bem como sobre os médicos e demais profissionais de saúde.

2. A sociedade civil, porém, no exercício da sua responsabilidade ética e da sua participação cívica, não pode nem deve contribuir para que, em nome de uma ilusória autonomia e de uma distorcida noção de liberdade (que abre caminho ao individualismo egoísta e à indiferença para com os outros) seja tornado lícito o que é ilícito, instaurando uma autêntica “cultura da morte”.

3. Qualquer lei que, em vez de se orientar no sentido da prestação de bons cuidados de saúde a todos os cidadãos, atentasse, de qualquer forma, contra a vida (como sucederia com a prática da eutanásia, ao violar a vida humana), levaria o Estado a eliminar a defesa e a protecção das pessoas,

direitos consagrados na Declaração Universal dos Direitos Humanos e na Constituição da República Portuguesa.

4. Os Médicos, no cumprimento dos princípios da Ética, consignados em todos os Códigos de Ética Médica, nomeadamente no seu Código Deontológico, não podem nem devem ir contra aquilo que é o essencial da sua profissão, isto é, contra o seu compromisso de defensores da vida das pessoas e de dela cuidarem, rejeitando, por isso, ser induzidos ou violentados a exercer a prática da eutanásia.

A Associação dos Médicos Católicos Portugueses aplaude, por isso, a recente tomada de posição dos Bastonários (actual e anteriores) da Ordem dos Médicos no repúdio da prática da eutanásia, porque atentatória da dignidade da vida humana e também, por consequência, da dignidade da acção médica, enquanto acção de cuidar da saúde das pessoas, colaborando, deste modo, na construção de uma sociedade em que se instaure e se incentive uma autêntica “cultura da vida”.

Outubro, 2016

TEMAS ACTUAIS**EUTANÁSIA:
QUANDO SE DERRUBA O ALICERCE****Pedro Vaz Patto**

Já várias vezes ouvi a pessoas que defendem a legalização da eutanásia que esta deve restringir-se a casos excepcionais e extremos, a situações de doença terminal e sofrimento insuportável. A lei deverá estabelecer com rigor um quadro bem delimitado e não pode considerar-se à partida que ela não será respeitada. A legalização da eutanásia será, de qualquer modo, uma exigência do respeito pela autonomia.

A prática dos países que legalizaram a eutanásia revela, porém, que essa legalização nunca se restringiu a casos excepcionais e extremos. Vão-se sucedendo passos sempre no sentido de um alargamento progressivo do campo de aplicação dessa legalização, de facto ou de direito. A imagem da *rampa deslizante* tem aqui plena aplicação: começamos a descer em plano inclinado e não conseguimos travar a descida. Ou a de um dique que é derubado sem que a enxurrada de água possa ser contida. Ou a de uma janela que é aberta, sem que se consiga evitar a força de uma ventania. Ou de um alicerce de um edifício que é destruído sem que se consiga evitar, mais tarde ou mais cedo, a derrocada desse edifício. Neste caso, o alicerce é o interdito de matar (*não matarás*) em que assenta uma civilização. A partir da quebra desse interdito, as consequências serão sempre desastrosas. Não se trata de um fantasma alarmista, mas de uma decorrência lógica e previsível. A *rampa deslizante* pode surgir a partir de uma interpretação alargada de conceitos indeterminados (“sofrimento intolerável”, por exemplo), da dificuldade de controlo da legalidade (não se conhecem condenações pela prática da eutanásia fora do quadro legal, apesar de esta ser frequente, e isso explica-se, em grande medida, pelo clima de permissividade que decorre necessariamente da quebra do interdito de matar) e da sucessão de leis cada vez mais permissivas (como se vem verificando na Holanda e na Bélgica).

Uma notícia recente, de há poucas semanas, vem confirmar tudo isto.

Os ministros holandeses da Saúde e da Justiça apresentaram no Parlamento uma proposta de alargamento da legalização da eutanásia e suicídio assistido a situação de pessoas idosas que considerem que a sua vida se «completou» e deixou, por isso, de ter sentido. Explicam esses proponentes que assim se contemplam situações de perda de autonomia e mobilidade, de perda de dignidade, de solidão, de cansaço de viver. Em suma, situações que presenciamos quando ouvimos idosos dizer: «*já vivi o que tinha a viver, já não estou aqui a fazer nada*». Estamos, pois, fora do âmbito de qualquer doença, mais ou menos dolorosa, terminal ou não terminal.

A proposta não é inédita. Uma iniciativa legislativa de cidadãos no sentido da legalização da eutanásia a pedido de qualquer pessoa de idade superior a setenta anos já tinha sido, há alguns anos, apresentada no Parlamento holandês. Há casos conhecidos de prática da eutanásia, na Holanda, em pessoas “cansadas de viver”. Na Suíça também há quem proponha o alargamento da legalização do suicídio assistido para além das situações de doença. Contra esta “banalização da morte” reagiu recentemente um documento da comissão Justiça e Paz suíça.

Tudo isto surge como consequência lógica e previsível. Pois se a legalização da eutanásia e do suicídio assistido são uma exigência do respeito pela autonomia, que prevalece sobre o valor da vida (quando, pelo contrário, deve ser esta a prevalecer, pois a vida é a fonte e raiz da autonomia), porque é que tal legalização há de restringir-se a situações de doença terminal, ou a quaisquer situações excepcionais?. Bastará respeitar a vontade de quem requer a eutanásia ou quer suicidar-se.

Mas, como lembrou a propósito desta proposta dos ministros holandeses, o rabino-chefe da Holanda, Benjamim Jacob, muitos idosos exprimem a vontade de morrer em determinado momento, como o da morte do cônjuge, mas mudam tal propósito algum tempo depois, quando encontram apoio da família e da sociedade.

Num tempo em que várias instâncias afirma querer valorizar o papel dos idosos na sociedade, até com a celebração do ano do *envelhecimento activo*, propostas como estas transmitem (mesmo que não seja essa a intenção dos proponentes) uma mensagem cultural radicalmente oposta a essa: que a vida dos idosos perde dignidade, é um peso, para eles e para os outros; a “cultura do descartável”, de que fala o Papa Francisco, na sua plena

expressão. Quando o que importa sublinhar é que a vida do idoso tem valor até ao fim (mesmo que ele diga ou pense o contrário), não vai perdendo valor com a perda das suas capacidades.

Nada disto pode ser ignorado quando se fala em legalizar a eutanásia apenas em situações excepcionais. Quando se derruba o alicerce, o edifício há de cair...

TEMAS ACTUAIS**EUTANÁSIA – SIGNIFICADOS****José Augusto Simões***

Eutanásia significa etimologicamente “boa morte” [1] ou morte sem sofrimento. Porém, a palavra é utilizada como sinónimo de “assassínio de misericórdia” [2]. Pelo que, alguns autores propõem antes a designação de “morte medicamente ajudada” [3].

Eutanásia é definida como “*intervenção deliberada, realizada com intenção expressa de pôr termo à vida para aliviar sofrimento intratável*” [4] ou “*pôr fim, de forma compassiva, deliberada, rápida e indolor à vida de alguém que sofre de uma doença progressiva incurável*” [5]. Se realizada a pedido ou com o consentimento da pessoa diz-se voluntária, caso contrário diz-se não voluntária, podendo ser, neste último caso, considerado um homicídio, para o qual a lei reconhece circunstâncias atenuantes [1].

Permitir que a natureza siga o seu curso, suspender biologicamente um tratamento inútil ou fútil, suspender o tratamento quando os seus malefícios ultrapassam os respetivos benefícios, utilizar morfina e outras substâncias para aliviar a dor ou utilizar sedativos para aliviar o sofrimento mental intratável de um doente [6] não deve ser confundido com eutanásia [7], uma vez que estes procedimentos são prática médica de acordo com as “*leges artis*”.

A controvérsia sobre a eutanásia, desencadeada recentemente em Portugal por um movimento de cidadãos com o lançamento do manifesto “Direito a morrer com dignidade” [3,8], deverá ser orientada por ideias pragmáticas, utilitaristas e lógicas, uma vez que a discussão a partir de posições que se excluem mutuamente nunca pode conduzir ao consenso [2].

* Doutor em Ciências e Tecnologias da Saúde (*Universidade de Aveiro*) e Mestre em Bioética (*Universidade de Lisboa*); Professor Auxiliar Convidado da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior e Médico de Família na USF Marquês de Marialva (*ACeS Baixo Mondego*); Membro da Comissão Coordenadora do Grupo de Estudos de Bioética e Ética Médica da APMGF.

Afirmações como “*tratamos melhor os animais do que os seres humanos*” [2] e “*se fosse um animal seria eliminado*” [2] infelizmente surgem com alguma frequência. No entanto, tais críticas refletem um grau de compaixão e de angústia que facilmente podem perder-se ou ser ignoradas numa mera discussão de princípios filosóficos e éticos [2,7].

O argumento fundamental a favor da eutanásia é o direito que a pessoa tem à sua autodeterminação. O contra-argumento fundamental é o carácter sagrado da vida humana, pelo que essa autodeterminação não é extensiva ao direito ao suicídio/eutanásia medicamente ajudados [9]. Estes dois pontos de vista são inconciliáveis [2,7].

Quem é a favor da eutanásia salienta que há um nível de existência no qual a maioria das pessoas, ou mesmo todas, não desejaria estar. Pelo que, enquanto conscientes, devem poder pedir que as ajudem a morrer, quando a sua vida já não possuir deixar de ter qualquer interesse ou finalidade. Como por exemplo, o estar em coma irreversível ou em estado vegetativo persistente [10], ou ainda, a esclerose lateral amiotrófica em estágio avançado, a destruição do rosto por uma massa fétida num cancro avançado de cabeça e pescoço, ou um processo semelhante a nível do períneo, provocando uma angustiante e humilhante dupla incontinência [11]. Estas situações são dramáticas e merecem ponderação por aqueles que são contrários à eutanásia/suicídio medicamente ajudado. Na realidade, um médico que nunca tenha sido tentado por um doente a matá-lo, provavelmente tem uma experiência clínica muito limitada. Deixar um doente sofrer intoleravelmente não será moralmente mais repreensível do que optar pela eutanásia? [2]

Os pedidos de ajuda para morrer não são invulgares [12]. Deve notar-se, no entanto, que muitos dos que pedem auxílio para morrer estão na realidade a pedir ajuda para viver [2,7]. Pelo que é da maior importância ouvir o apelo à vida subjacente ao “lamento” [13] do doente. Sendo necessário identificar a motivação do pedido e dar-lhe a devida resposta.

As razões para esses pedidos são múltiplas: a dor intensa que não é possível aliviar ou outra complicação física grave; o receio de vir a sofrer de dor ou de outra complicação física intolerável; o receio de ser mantido vivo à custa de máquinas e tubos, com uma qualidade de vida inaceitavelmente baixa, uma perturbação de adaptação passageira, por exemplo, desespero

transitório ao descobrir que se sofre de uma doença fatal com limitada expectativa de vida; perturbação depressiva, sentindo que não se é desejado pela família, pelos amigos ou pelas pessoas em geral; considerar que se representa um fardo para a família, os amigos ou a sociedade. No entanto, é possível adotar medidas corretivas suficientes para conseguir a mudança de opinião do doente, nomeadamente através de equipas especializadas em cuidados paliativos [2,14]. Uma rara, mas possível exceção será a sensação permanente de desespero com a ideia da morte próxima [2,7].

O conceito “*plano inclinado*” [2,7] utiliza-se para designar o perigo de a eutanásia voluntária se alargar à eutanásia não voluntária, mas também se demonstra no aumento de mortes por eutanásia e no seu alargamento de doentes oncológicos em fase terminal para doentes sem doença terminal ou mesmo sem doença fatal e em pessoas de qualquer idade, como a experiência da Holanda e Bélgica exemplificam [15,16,17].

Deve ser tido em conta, o facto de a maioria dos profissionais de saúde se oporem à eutanásia [18] e ao suicídio [19] medicamente ajudados. Esta posição antieutanásia é sustentada em razões pragmáticas, como por exemplo: muitos pedidos terem origem no inadequado alívio de sintomas, mas quando adequadamente aliviados muitos doentes deixam de pedir a morte [2,7,14]; muitos pedidos estarem relacionados com a sensação de inutilidade ou de se constituir um fardo, mas bons cuidados paliativos restauram a esperança dando ao doente a sensação de orientação e ligação com as outras pessoas e com o mundo em geral [2,7,14]; muitos pedidos persistentes refletirem muitas vezes uma perturbação depressiva, mas a depressão necessita de tratamento específico [2,7]; muitos doentes mudarem frequentemente de opinião, porque passam por períodos transitórios de desespero [2,7]; muitas vezes o prognóstico é incerto, porque muitos doentes vivem durante mais anos do que inicialmente previsto [2,7,14]. Além disso, alguns profissionais de saúde alertam que as restrições orçamentais podem ser consideradas um incentivo à legalização da eutanásia reduzindo o investimento em cuidados paliativos [2,7,16].

Esta posição encontra-se refletida no parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida: “*Que não há nenhum argumento ético,*

social, moral, jurídico ou da deontologia das profissões de saúde que justifique em tese vir a tornar possível por lei a morte intencional do doente (mesmo que não declarado ou assumido como tal) por qualquer pessoa designadamente por decisão médica, ainda que a título de “a pedido” e/ou de “compaixão”” [20].

O estabelecimento de objetivos é parte integrante dos cuidados paliativos, através de metas realistas e enquadradas dentro da situação do paciente de modo a restaurar e manter a esperança [2,7,14]. Pode-se começar por perguntar: *“Qual é o resultado que espera desta consulta?”* [2]. Pode então ser necessário transformar um objetivo irrealista numa série de outros pequenos objetivos mais realistas. Assim, se um doente diz *“Quero curar-me”* [2] ou *“Quero voltar a andar”*, a resposta pode ser *“Compreendo o que está a dizer... mas isso, parece-me, é o seu objetivo final. Penso que poderia ser útil se concordássemos numa série de objetivos de mais curto prazo. Ao atingi-los teremos todos, uma sensação de vitória. Parece-lhe bem?”* [2].

Também aumenta a esperança o ter relacionamentos significativos, sentir-se valorizado, sentir alívio da dor e do mal-estar. No entanto, dar a conhecer uma verdade dolorosa não significa destruir a esperança. A esperança na recuperação é substituída por uma esperança alternativa. Nos doentes que se encontram próximo da morte, a esperança tende a focar-se mais no “ser” do que no conquistar, nas relações com os outros e na relação com Deus ou com um ente superior [2,7]. E pode-se aumentar a esperança de quem se encontra à porta da morte, desde que os cuidados e o bem-estar que lhe são proporcionados sejam satisfatórios [21]. Quando pouco há já a esperar, continua a ser realista ter esperança de não morrer sozinho e de ter uma morte serena [2,7].

Concluindo, eutanásia significa etimologicamente “boa morte”, em linguagem comum é sinónimo de “assassinio de misericórdia”, no entanto, considera-se adequada a designação de “morte medicamente ajudada”.

A discussão sobre a eutanásia deve ser orientada por ideias pragmáticas, utilitaristas e lógicas, porque partir de posições que se excluem mutuamente nunca pode conduzir a um consenso.

Considera-se que não existem razões suficientes para revogar a

proibição social do assassinio intencional, que é pedra angular das relações sociais. Não sendo aceitável que casos individuais estabeleçam o fundamento de uma política que teria sérias e grandes repercussões.

No entanto, os casos das pessoas que se encontram próximas da morte devem ter uma resposta da sociedade, isto é, devem ter bons cuidados paliativos, que proporcionem bem-estar e permitam a esperança de não morrer sozinho e de ter uma morte serena, sem sofrimento.

Referências bibliográficas

(Endnotes)

- 1 [] Osswald, W. Sobre a Morte e o Morrer. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013, p. 54-57.
- 2 [] Twycross, R. Cuidados Paliativos, Lisboa: Climepsi Editores, 2001, p. 28-35.
- 3 [] Brito de Sá, A. Morte medicamente ajudada: o debate. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar 32:244-246.
- 4 [] House of Lords. Report of the Select Committee on Medical Ethics. HL Paper 21-I. Londres: HMSO, 1994.
- 5 [] Roy, DJ., Rapin, CH. Regarding euthanasia. European Journal of Palliative Care 1:57-59.
- 6 [] Kaldjian, LC. et al. Internists' attitudes towards terminal sedation in end of life care. Journal of Medical Ethics 30:499-503.
- 7 [] Simões, JA., Morgado, JM. Ética em Gerontologia. Brotéria; 160:15-27.
- 8 [] Osswald, W. Morte a pedido. O que pensar da eutanásia. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2016.
- 9 [] Nunes, R., Melo, HP. Testamento Vital. Coimbra: Almedina, 2011, p. 45-80.
- 10 [] Simões, JA. A paragem da alimentação artificial nos doentes em estado vegetativo persistente. Acção Médica 67:69-86.
- 11 [] Osswald, W. O suicídio assistido no Estado do Oregon. Brotéria 150:290-292.
- 12 [] Magnusson, RS. Euthanasia: above ground, below ground. Journal of Medical Ethics 30:441-446.
- 13 [] Scott, JF. Lamentation and euthanasia. Humane Medicine 8:116-121.

- 14 [] Neto, IG. Eutanásia? Cuidados Paliativos (Testemunhos). Lisboa: Alêtheia Editores, 2016, p. 15-25.
- 15 [] Twycross, RG. Euthanasia: going Dutch. *Journal of the Royal Society of Medicine* 89:61-63.
- 16 [] Neto, IG. Eutanásia? Cuidados Paliativos (Testemunhos). Lisboa: Alêtheia Editores, 2016, p. 217-221.
- 17 [] Silva, FM., Nunes, R. The Belgian case of euthanasia for children, solution or problem? *Revista Bioética*. 2015; 23:474-482
- 18 [] Serrão, D. Ética das Atitudes Médicas em Relação com o Processo de Morrer. In Serrão, D. Nunes, R. (eds) *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora, 1998, p. 83-92.
- 19 [] Serrão, D. Suicídio assistido. In Archer, L. et al. (eds) *Novos Desafios à Bioética*. Porto: Porto Editora, 2001, p. 255-257.
- 20 [] CNECV (Conselho Nacional de Ética as Ciências da Vida). Parecer sobre aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida (11/CNECV/95). In: CNECV. *Documentação III (1995-1996)*. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros, 1996.
- 21 [] Herth, K. Fostering hope in terminaly-ill people. *Journal of Advanced Nursing* 15:1250-1259.

TEMAS ACTUAIS**IDEOLOGIA DE GÉNERO E LIBERDADE*****Cristina Castro**

De jovem activista no Maio de 68, a enérgica activista na defesa da família, Gabriele Kuby, é hoje uma reconhecida socióloga alemã, autora e conferencista, que se mantém firme perante as ameaças e os ataques directos que tem sofrido, vindos do grupo LGBT. «Sou defensora dos direitos democráticos frente ao totalitarismo: os ataques não me desanimam. Faço o que sinto que sou chamada a fazer» afirma, sem hesitações.

Ao conversar com Gabriele é possível perceber porque é hoje uma verdadeira referência internacional na defesa da vida e da liberdade. No seu último livro «*A Revolução Sexual Global – a destruição da liberdade em nome da liberdade*», Gabriele Kuby explica em profundidade a sua denúncia da “ideologia de género”. A obra, já traduzida em sete idiomas, converteu-se num verdadeiro instrumento de resistência cívica nesta batalha crucial desencadeada no Ocidente entre o novo totalitarismo e a família.

Não é, por isso, de estranhar que a autora tenha sido já atacada e perseguida furiosamente pelo *lobby gay*. Foi mesmo contemplada com a dedicação de uma obra teatral com o título «*O Medo*», escrita pelo dramaturgo homossexual Falk Richter, estreada em Berlim há já uns meses. A peça começa por apresentar Kuby e outras quatro activistas profamília como “zombies” nazis saídas das suas tumbas de 1945, merecedoras de troças e mesmo de um tiro no cérebro, como gritava ao público um actor, apresentando-as como “ameaças para a humanidade”. Poucas horas depois da estreia da peça um carro de uma das activistas apareceu completamente destruído, o mesmo acontecendo a outro uma semana depois.

Na nossa conversa com Gabriele Kuby, que transcrevemos a seguir, pudemos falar de tudo, abertamente, partindo de uma afirmação da socióloga:

* Recebido em 27/06/2016

“O relativismo e a anulação da concepção cristã do homem estão na base desta revolução sexual com graves consequências: destruição da família e crise demográfica”.

P- No livro *«A Revolução Sexual Global»* procura alertar para as graves consequências desta ideologia. Porque considera tão importante essa consciencialização?

G- O modo como se entender a sexualidade será o modo como se compreende e vive a família. A sociedade é o que for a família. As normas sexuais têm uma influência decisiva na construção de todo o edifício que constitui a cultura. O antropologista Joseph Daniel Unwin, professor em Oxford na década de trinta, já tinha demonstrado que a Cultura, com maiúsculas, só pode existir com normas sexuais muito claras (livro *«Sexo e Cultura»*, Oxford University Press, 1934).

A cultura cristã europeia baseia-se no ideal da monogamia. Assistimos agora a uma revolução cultural que destrói a moral sexual. As consequências gravíssimas que daí vêm são obvias: destruição da família e crise demográfica. Mas os poderes mundiais continuam a seguir o erro, obrigando mesmo todas as nações a aceitarem esta revolução sexual.

P- Mas será que a desregulação moral faz supôr uma maior liberdade?

G- Para se desfazerem de qualquer restrição moral sobre a actividade sexual, dizem fazê-lo em nome da “libertação sexual”. Ora todos sabem por experiência que é sempre necessário estabelecer regras para o controle dos nossos impulsos, sejam eles do corpo, do sexo, da comida ou da bebida. De contrário serão os impulsos que acabarão por nos controlar. É por isso que a *temperança* é uma das virtudes cardinais.

A explosão da pornografia via internet criou milhões de pessoas dependentes em sexo, tragicamente cada vez mais jovens fazem parte desse grupo. Chegou-se ao ponto de olhar o matrimónio e a família como um freio insuportável. Acontece por isso que quer o marido, quer a mulher, são capazes de optar pela infidelidade para dar resposta aos seus desejos sexuais, porque não aprenderam a colocá-los ao serviço da expressão do amor.

P- Como nasce esta revolução sexual?

G- Investigando as ideias que conduziram à revolução sexual, pode-

mos recuar até ao filósofo grego Protágoras, ao proclamar que “o homem é a medida de todas as coisas”. Esta afirmação é a base do relativismo, quando afirma que não há valores morais absolutos. Muito mais tarde veio a Revolução Francesa que anulou a concepção cristã do homem criado por Deus e, como fim último, responsável perante Deus. Desde então, muitos e venerados pensadores acrescentaram ideias filosóficas e psicológicas assim como uma experiência revolucionária de culto. Qualquer deles foi um simpatizante dos movimentos políticos comunistas ou de movimentos liberais. Podemos citar alguns: Karl Marx e Friedrich Engels; Sigmund Freud, Simone de Beauvoir, Alfred Kinsey, o revolucionário sexual puro e simples Wilhelm Reich, e os filósofos Adorno, Horkheimer ou Marcuse, da chamada *Escola de Frankfurt* (*Frankfurter Schule*).

P- Em concreto, o que defendiam o movimento de maio de 1968, o feminismo radical e o marxismo relativamente a esta ideologia?

G- O que mudou a maneira de pensar da sociedade no seu conjunto foi a rebelião estudantil de 1968, impulsionada pelas ideias da Escola de Frankfurt e a adopção prática das ideias de Wilhelm Reich. O marxismo, o feminismo radical e a «libertação sexual» uniram-se para atacar todo o edifício dos valores cristãos e exterminá-los de raiz, rebelando-se contra qualquer autoridade. De um modo muito especial, as crianças foram o objectivo imediato dos revolucionários com a criação de “tendas de crianças” (*Kinderladen*) antiautoritárias, para que as crianças fizessem o que quisessem, estimulando-as para jogos sexuais.

P- Qual foi o resultado dessas premissas de 68 na actualidade?

G- As ideias do movimento de 68 converteram-se no programa actual das Nações Unidas e da União Europeia, incluindo também a aplicação mundial dos chamados “direitos” LGBT e a desconstrução das identidades masculina e feminina.

P- Como se desconstrói a identidade masculina e feminina?

G- Acabando com as normas sexuais e promovendo os privilégios LGBT, e acrescentando o reconhecimento como casamento das uniões entre pessoas do mesmo sexo, assim como os “direitos” transgénero; neutralizando a família por meios ideológicos e económicos (impostos e sistemas de segurança social que penalizem as mães e as famílias); pela colectivização das crianças com menos de três anos em creches estatais; pela sexualização das crianças através da educação sexual obrigatória nas escolas; e

pela eliminação dos “estereótipos de género”, com novos métodos pedagógicos nos colégios e nos jardins de infância.

P- E quem está por detrás de tudo isto?

G- Estes ataques contra as bases de uma sociedade sã e viável dão origem a multidões de desenraizados que são facilmente manipuláveis. Não é só a estratégia das Nações Unidas e da UE; existe uma rede de agências da ONU, como a OMS e a UNICEF; as ONG de incidência mundial como a *Planned Parenthood* e a Associação Internacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo (ILGA); corporações privadas multinacionais como a Apple, Microsoft, Google, Facebook... e ainda fundações multimilionárias como Rockefeller e Gates, e o domínio quase total dos grandes meios de comunicação.

P- Quais são as consequências do conceito “género”, que os grupos de pressão LGBT pretendem impor à sociedade?

G- O objectivo último, ao querer implementar a ideologia de género na sociedade com sofisticados métodos de engenharia social é a desconstrução da identidade do homem e da mulher, do que resta de família e das bases profundas da moral.

Depois da recusa do Supremo Tribunal dos EUA pronunciada em Junho de 2015, assistimos a uma nova onda de activismo “trans” vinda do mesmo país. Barack Obama, como Presidente desta nação líder do mundo a terminar agora o seu mandato está a liderar a chamada “batalha do banho”, que pretende impôr por lei que um transsexual possa usar as casas de banho de qualquer dos dois sexos. Que 99% da população dos Estados Unidos tenha problemas com esta mistura, principalmente quando se trata de crianças, parece que não preocupa em nada os governantes políticos...

P- Assistimos à promoção do aborto ou à anticoncepção, justificadas muitas vezes por teorias catastrofistas sobre a superpopulação mundial; com elas pretendem justificar um controle obrigatório da natalidade. Considera-o realista?

G- Um motivo óbvio para estas políticas destrutivas é reduzir a população da terra. Esta é a política externa seguida pelos EUA desde a década de 1970. Mas o verdadeiro problema é o declínio demográfico, com que se enfrentam quase todas as nações industrializadas, e que agora está a começar mesmo nos países em desenvolvimento. Isto é uma consequência de separar o sexo do seu significado e função existencial, a procriação. Para

conseguir de vez esta separação comandam na ONU e UE campanhas para que o aborto seja definido como um “direito humano”, idêntico a qualquer outro. Até onde chegará a humanidade, desde a proclamação da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948?

P- De que outros instrumentos se servem para mudar a sociedade?

G- Para além de alterar o sistema legal e sexualizar as crianças à força com programas estatais obrigatórios, esta ideologia trabalha com o cérebro e o psiquismo das pessoas, graças aos meios de comunicação social, da indústria de entretenimento (principalmente cinema e música) e da pornografia. A pornografia é um negócio de milhares de milhões de dólares. A pornografia actua com qualquer droga – cria dependência como as drogas químicas. Essa dependência acaba na destruição de casamentos e de famílias e favorece a delinquência sexual. Apesar disso e do aumento da criminalidade sexual, porque não aparece no espaço da UE uma única campanha contra a pornografia, mais destrutiva do que o tabaco? O tabagismo não destrói a família, e não induz a acções criminosas, ao contrário da pornografia.

P- Viveu uma mudança profunda: do movimento revolucionário de 1968 a valente activista contra os estragos da revolução sexual global. Foi um “despertar” que atribui à sua conversão ao catolicismo. O que é que lhe trouxe de novo para esta batalha cultural o humanismo cristão e, em concreto, a Igreja Católica?

G- Converti-me ao catolicismo há uns vinte anos. Descobri uma grande quantidade de conselhos e estudos sobre os problemas do homem e da mulher, sobre a família e a sexualidade. S. João Paulo II dedicou a sua vida e o seu papado a estas questões, fundamentadas na encíclica *Humanae Vitae* de Paulo VI. Bento XVI, por sua vez, é um dos grandes analistas e visionários da nossa época. Isto no que diz respeito ao aspecto intelectual. Mas existe também um lado espiritual; a conversão conduz a uma mudança de vida. Jesus disse: «Quem me ama guardará os meus mandamentos» (João, 14, 15). Guardar os mandamentos permite que o Espírito Santo ilumine o nosso entendimento e mude a nossa vida.

P- O que nos cabe fazer como cidadãos, quando inclusivamente nem nos apercebemos dos riscos trazidos por esta revolução sexual sobre o nosso próprio futuro como sociedade?

G- Tudo parte de uma posição: *não guardar os mandamentos, se-*

parar-se de Deus pelo pecado, cria cegueira. Os meios de comunicação fazem o possível para que qualquer tipo de pecado pareça aceitável, para que todos nós percamos o espírito de discernimento entre o bem e o mal. Lemos na Bíblia: «*Eu vos propus a vida e a morte, a bênção e a maldição. Escolhe a vida para que vivas, tu e a tua posteridade*» (Dt. 30/19). As estatísticas sobre a desintegração familiar, a grande percentagem de perturbações psicológicas nas crianças e o grito de alarme que é a crise demográfica caem sobre nós, mas os nossos ouvidos continuam surdos.

Não sabemos em que fase da história da humanidade nos encontramos. Mas, como crentes, sabemos que a história humana tem um final bom. Cada um de nós pode escolher a vida e utilizar o seu talento para trabalhar a favor da vida. Há inúmeras iniciativas cristãs que fazem precisamente isso mesmo. Saber estar do lado da vida, o que significa «do lado correcto da História» permite-nos viver felizes e em paz.

P- Outra questão é a intimidação. A Senhora sabe bem o que é sofrer os ataques dos extremistas da ideologia de género: foi marcada como “homófoba” e inclusivamente ameaçada numa obra de teatro.

G- Fobia, palavra derivada do grego *Phobos*, significa ódio ou medo. Não sou “homofóbica”, porque não tenho medo dos homossexuais nem os odeio. Também não tenho nada a ver com a “direita radical”. Sou uma defensora dos direitos democráticos frente ao totalitarismo que vai surgindo. Estamos a tomar as medidas que consideramos necessárias junto dos tribunais para proteger o nosso direito democrático de liberdade de expressão. Os ataques não me desanimam. Faço o que sinto que sou chamada a fazer.

P- É optimista? fazendo o que somos chamados a fazer, podemos ganhar esta batalha?

G- Permita-me que responda com um salmo bíblico do primeiro livro de Samuel: “*A batalha é do Senhor*” (1 Sam 17,47).

DOCUMENTO

EDUCAÇÃO SEXUAL

Pela sua importância transcrevemos a seguir o texto elaborado por Joana Quintela como resposta a uma “consulta pública” quase nada publicada para justificar o que se prepara em matéria de “educação sexual”, para o próximo ano lectivo.

From: Joana Quintela

Sent: segunda-feira, 12 de Dezembro de 2016 13:23

To: <dseeas@dge.mec.pt>

Subject: consulta pública do referencial de educação para a saúde

Importance: High

Exmos. Srs.,

Venho por este meio expressar a minha opinião sobre o documento ***Referencial de Educação para a Saúde***.

1º - Espanta-me muito que um documento tão importante e relevante, seja posto a Consulta Pública, sem que as Entidades Responsáveis tenham emitido qualquer comunicado sobre a mesma, para a Comunicação Social. Assim todos os interessados poderiam participar activamente, dando opiniões e sugestões. Fiquei a saber desta consulta porque, por acaso, o jornal o Público, publicou uma notícia sobre o assunto. Felizmente houve quem visse e pusesse a notícia a circular nas redes sociais. De outra maneira, ninguém teria sabido de nada! Isto fica muito mal às Entidades Responsáveis.

2º - Como é que é possível fazer um projecto com esta relevância, atropelando por completo, a liberdade de educação dos pais/família, **primeiros educadores dos seus filhos!**

Os Srs. entram, sem pedir licença, na casa de milhões de portugueses, com a pretensão de educar os nossos filhos como muito bem entendem. Eu não faço isso a ninguém, e não admito, nem concebo que o façam a nós. Jamais permitiremos que alguém, que não nós, ou que não tenha sido específica e explicitamente escolhido por nós para esse fim, fale ou ensine aos meus filhos Educação Sexual. Propôr, ou melhor, impôr projectos destes, sendo que a transversalidade a todas as matérias só tem essa intenção, é próprio de regimes totalitários. Portugal, ainda é um país livre!

3º - Sexualidade e afectividade, não são a mesma coisa que estilos de vida saudáveis (alimentação, desporto, etc) ou que comportamentos cívicos, ecológicos ou ambientais.

A Sexualidade toca o mais fundo, íntimo e privado que há em cada um de nós. Toca o coração, toca o centro. É um tema que deve ser abordado com toda a delicadeza, cuidado e respeito, como se de um tesouro precioso se tratasse. Por isso mesmo é um assunto que compete, antes de mais, aos pais/família que são os **primeiros educadores dos seus filhos**. Por razões óbvias, são aqueles que melhor os conhecem, um a um. A sua sensibilidade, a sua maturidade, e portanto cada um deve ser tratado de modo diferente e adequado.

Não é um assunto para ser tratado em público, em massa, por um desconhecido professor de qualquer disciplina. Devassando, desumanizando e massificando a sexualidade. Como se nós fôssemos nada, nem sequer animais.

4º - Não entendo esta ansiedade que alguns adultos têm de arrancar a inocência e ingenuidade naturais à infância. Estas duas características tão evidentes, são precisamente aquilo que no tempo, com educação, permitem um crescimento, desenvolvimento e amadurecimento harmonioso, sólido, livre e feliz.

Por Educação entende-se, educar o coração do homem de acordo com a sua originalidade. No tempo, dotar as crianças e jovens da capacidade de olhar para a realidade segundo a totalidade dos seus factores, dotar de critérios de juízo claros, para que possam em liberdade e com sentido crítico, escolher e decidir pelo que, originalmente, mais corresponde aos desejos de Amor, Paz, Beleza, Justiça, Verdade.

Este projecto é o contrário disto. Deseduca, desrespeita, desumaniza e des-

troi.

5º - Também é evidente que um projecto destes só potencia comportamentos irresponsáveis, e mais grave, abusivos, dos mais fortes sobre os mais fracos. Ao contrário de proteger, só torna mais vulneráveis os mais fracos, os mais novos, os mais pequenos.

6º - A Ideologia do Género, é a Ditadura do Relativismo. Tudo é o que me apetece, o que me satisfaz, o que vai ao encontro do **meu** interesse. Não há ideologia mais egoísta e manipuladora da realidade, da natureza e dos outros. Se ninguém é o que é, se não há homem nem mulher, só há aquilo que eu quiser. Se é assim, então, porque não ensinar às crianças que $1+1=$ ao que eu quiser. Que o ABC não é assim, é como eu quiser. Que o Planeta Terra é um cubo, se eu quiser. Que os elefantes em África são formigas, porque eu quero, e matá-los é legítimo, não passam de formigas.

É tão absurdo que qualquer um, se parar para pensar, percebe o perigo da Ideologia do Género. Falta totalmente à verdade e à realidade da Natureza Humana, e não só, da Natureza toda.

Não somos todos tão ecologistas e ambientalistas? Esta é a maior e mais perigosa violação da Natureza e do Ambiente. É contra o Ser Humano, é contra tudo.

7º - Por último, somos todos contra a Pena de Morte, mas em Portugal e em muitos outros países, condenamos diariamente à morte, sem direito a defesa, e executamos liminarmente, milhões de bebés inocentes, acusados do horrível crime de existirem, de serem doentes, de serem o resultado da violência de adultos.

Falar disto, disfarçado de IVG, às crianças, ultrapassa tudo o que é razoável e não merece mais comentários.

Tendo em conta tudo o que foi dito, peço o seguinte:

1º - A suspensão imediata deste Projecto

2º - Havendo a intenção de elaborar um projecto desta natureza, toda a sociedade educativa, a começar pelos Pais, famílias, Escolas, Professores,

Instituições ligadas à Educação e Ministério da Educação (cuja função principal é a de ajudar e colaborar com pais), devem ser chamados a participar activamente, salvaguardando sempre a liberdade de escolha. Sendo portanto a sexualidade uma matéria que só deve ser abordada em aulas à parte.

3º- A publicação total dos resultados da Consulta Pública e das decisões tomadas em consequência da mesma, usando para tal os meios de Comunicação Social.

Atenciosamente,

Afixada por Inês Dias da Silva às terça-feira, dezembro 13, 2016 

PÁGINA DO PRESIDENTE

1 - MENSAGEM

Aos Associados da AMCP

Caríssimas (os) amigas(os)

1 – O ano de 2016 ficou marcado na vida da nossa Associação pelo XIII Congresso da FEAMC que decorreu no Porto entre os dias 29 de Setembro e 2 de Outubro.

Embora a participação não tivesse atingido os números que desejaríamos, o balanço do Congresso foi muito positivo em todos os outros aspectos, conforme os vários testemunhos de congressistas que fomos recebendo.

Uma palavra de agradecimento especial a D. Manuel Clemente, a D. António Francisco dos Santos e a D. António Augusto que nos honraram com a sua presença.

2 – O mandato da actual direcção nacional terminará em 2017, pelo que o próximo conselho nacional que se realizará em Fátima no dia 18 de Março será eleitoral.

Peço as orações de todos para que se encontre a melhor solução para o futuro próximo da nossa Associação.

3 – Entretanto e porque a vida da AMCP não pode parar, a actual direcção vai organizar uma nova Reunião Nacional no próximo dia 11 de Fevereiro no Porto, nas instalações da Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos, com o tema “Médico – O Curador Ferido?”.

Quero chamar, desde já, a atenção para as 3 conferências que serão proferidas pelo ainda nosso bastonário, Prof. José Manuel da Silva, pelo Provincial da Companhia de Jesus em Portugal, Pe. José Frazão Correia sj e pelo Professor Catedrático da Faculdade de Medicina do Porto recentemente jubilado, Rui Mota Cardoso.

4 – Como já é do conhecimento público a Assembleia da República irá em breve discutir em plenário a petição sobre a chamada “Morte Assistida” originada no manifesto que, subscrito por algumas personalidades portuguesas, foi tornado público no início do ano.

Também já se sabe que o grupo parlamentar do Bloco de Esquerda e o deputado do PAN (partido dos animais) irão apresentar projectos de lei em ordem à aprovação da eutanásia e do suicídio medicamente assistido.

Se a Assembleia da República vier a aprovar tal legislação cometerá, sem dúvida, um acto de verdadeira traição democrática ao povo português, pois não foi mandatada nas últimas eleições para tal!

Espero que o Presidente da República, que não tem medo de se confessar católico e tem o apoio da maioria dos portugueses, exerça o seu magistério de influência no sentido de impedir a concretização de tal legislação de modo a que não venha a passar à História como um Presidente em cujo mandato a cultura da morte obteve mais uma vitória em Portugal!

Uma coisa podemos e devemos, pelo menos, fazer: pedir ao nosso Deus que ilumine os “representantes do povo português” em ordem a recusarem dar um passo que, a ser dado, mergulhará ainda mais a nação portuguesa numa apostasia de que não se vê ainda o fim!

5 – Escrevo estas linhas em tempo de Advento e apesar de saber que o texto só virá a público já em 2017, quero desejar a todos os membros da AMCP e suas famílias um Santo Natal e um 2017 cheio das Graças de Deus.

Nestes tempos difíceis é bom terminar com o grito de Esperança contido nas penúltimas palavras do último livro da Sagrada Escritura, o Apocalipse:

Ámen, VEM SENHOR JESUS !

Porto, 12 de Dezembro de 2016

Carlos Alberto da Rocha

2 - SERVIÇO MÉDICO DE APOIO AOS PEREGRINOS DE FÁTIMA

Caríssima (o) Colega

Assunto: Serviço Médico de Apoio aos Peregrinos de Fátima

Porto, 5 de Dezembro de 2016

O nosso colega e amigo Dr. Jorge Pereira, antigo membro da direcção da Associação dos Médicos Católicos Portugueses (AMCP), solicitou, em Dezembro de 2015, a sua dispensa do trabalho de gestão do serviço médico de apoio aos peregrinos de Fátima que realizava há vários anos em substituição do Dr. Augusto Bianchi de Aguiar, comprometendo-se, no entanto, a assegurar o serviço até 31/10/2016.

Estamos-lhe muito gratos pela sua generosidade e pelo modo como cumpriu esse serviço e compreendemos que considerasse ser chegada a altura de ser substituído nessa missão.

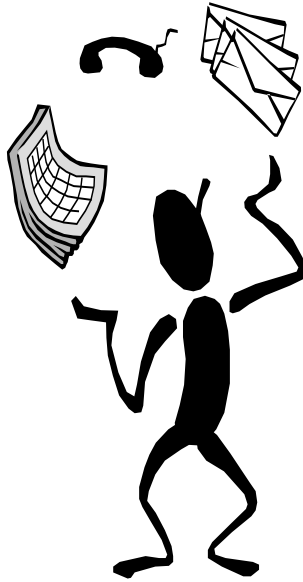
Assim, a direcção nacional da AMCP decidiu encarregar a Dra. Patrícia Bernardino e o Dr. Carlos Alberto da Rocha de assumirem a responsabilidade do serviço médico de apoio aos peregrinos de Fátima a partir de 1/11/2016, sem prejuízo da gestão do serviço poder ser reforçada num futuro próximo com a colaboração de outros colegas.

Esta decisão da direcção da AMCP carece ainda de aprovação no próximo conselho nacional a realizar no primeiro trimestre de 2016.

Com os votos de um Santo Natal e de um Novo Ano pleno de Graças.

Cumprimenta-a(o) com amizade o

Carlos Alberto da Rocha
(Presidente da AMCP)



NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS

O CONSELHO DE EUROPA E A HIPERSEXUALIZAÇÃO DAS CRIANÇAS*

No dia 21 de junho deste ano a Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa (PACE) disse “não” à hipersexualização das crianças. Fê-lo por meio de uma Resolução (nº 2119/2016), e uma Recomendação (nº 2092/2016), com um título bem eloquente: “Fighting the over-sexualisation of children” (lutando contra a hipersexualização das crianças). Trata-se de dois documentos que esclarecem e convidam os 47 Países membros a impedir este fenómeno que envolve crianças e adolescentes.

A PACE salienta, por exemplo, a forma como as meninas e as adolescentes se vestem, imitando os adultos, “expressões visíveis da precoce sexualização das crianças.

A hipersexualização dos menores passa por meio de vários canais. Dos jornais aos vídeo clips de música com 44% a 81% de imagens sexuais, desenhos animados e filmes (alguns estudos evidenciam que as personagens femininas da Disney de hoje têm menos roupa e são apresentadas como mais sexy do que aquelas de ontem, como a Branca de Neve e a Cinderela). E mais: uma boa parte das revistas para adolescentes parece terem como único objectivo desta mulher-menina-jovenzinha atrair a atenção dos homens e portanto serem sexualmente desejáveis.

«O fenómeno do *sexting* (partilha de imagens sexualmente explícitas por meio de dispositivos móveis ou outros meios na internet) difundido em todas as escolas da Europa» preocupa especialmente a Assembleia Parlamentar porque «*leva a significativos traumas psicológicos*».

* Recebido em 30 de Junho, 2016

A Assembleia Parlamentar convidou, portanto, – com alguns conselhos bem práticos ao final do documento – os sujeitos envolvidos e as autoridades públicas a «desenvolver uma legislação eficaz e executar políticas e programas que possam prevenir a excessiva sexualização das crianças.

O GRANDE EDUCADOR SEXUAL

Foi em Dezembro, no “Diário de Notícias”. Um *comentário* de Inês Teotónio Pereira com o título supra, deu-nos a conhecer o que está em preparação para o próximo ano lectivo. Um espanto, para não usar palavras violentas. Leitores amigos: convido-os a ler devagar, e a convidar muitos, mas mesmo muitos outros a repetirem a leitura, e a divulgarem o *comentário* de Inês Teotónio Pereira. E a actuar em conformidade. Eu sei que neste país morno quase só há protestos quando enquadrados por bandeiras de sindicatos pintados de uma só cor. Mas leiam, por favor.

Convido-os igualmente a não deixarem de ler o *Documento* de protesto subscrito por Joana Quintela, e que é publicado neste mesmo nº com o título «Educação Sexual.

(um apelo de J. Boléo-Tomé)

«Já no próximo ano lectivo, uma criança com 5 anos pode aprender educação sexual no pré-escolar através de temas pedagógicos como este: «desenvolver uma atitude positiva **em relação ao prazer e à sexualidade**». *Cinco anos. Já aos 10 é possível assistirem a aulas sobre contraceptivos e aborto. Dez anos.*

«Não sei porquê mas em Portugal convive-se bem com o conceito do Estado Grande Educador; não aflige ninguém que o Estado nos entre pela casa dentro e imponha como é que os nossos filhos devem ser educados. Não é... quais as competências que as crianças devem adquirir a Matemática, Geografia, ou Português. *Isso é fascismo. Não; é mesmo o que eles devem pensar, como devem ser formados. Imaginem que há por aí famílias que só querem explicar aos filhos o que é o aborto depois deles saberem como nascem os bebés? Um perigo! Ora, na dúvida sobre quem*

são os pais, o Estado antecipa-se através dos bancos da escola a educar os filhos segundo os cânones de Directores-Gerais de Educação e técnica que lhes vão recarregando as armas com relatórios e estudos. Mas ninguém se chateia. O conteúdo do documento intitulado Referencial da Educação para a Saúde e o facto de ainda ninguém ter invadido o Ministério da Educação como consequência lógica deste documento é prova dessa indiferença. Se fosse eu a entrar em casa da minha vizinha para explicar à sua filha de 10 anos a diferença entre a interrupção voluntária da gravidez e a não voluntária, ou a dinâmica positiva do prazer e da sexualidade, acredito que a minha vizinha chamasse a polícia. E bem. Mas, se for a professora de ciências, não faz mal nenhum. Afinal ela está apenas a educar para a saúde.

Um Estado socialista como o nosso vai até onde o deixam ir e com a convicção perigosa de quem se acha mais habilitado do que os pais para educar os filhos. Seja em educação sexual, alimentação, religião ou laicidade. Um Estado como o nosso não toca à campanha para entrar em nossa casa. Entra. E é isto o mais sinistro do documento referencial: o abuso. É que estas são portas que não se abrem a estranhos e muito menos à figura abstracta que é o Estado.

PSICÓLOGOS E A INTOLERÂNCIA LGBT

A psicóloga Maria José Vilaça, dirigente em Portugal da Associação de Psicólogos Católicos, está a sofrer uma perseguição por causa de uma entrevista a respeito de pais que têm filhos homossexuais.

Numa entrevista à revista “Família Cristã”, ao dar um exemplo de como os pais se podem comportar, disse o seguinte: “*Eu aceito o meu filho, amo-o se calhar até mais, porque sei que ele vive de uma forma que eu sei que não é natural e que o faz sofrer. É como ter um filho toxicodependente; não vou dizer que é bom.*”

A declaração foi suficiente para despertar a intolerância dos paladinos do politicamente correcto, que querem penalizá-la, através da Ordem dos

Psicólogos Portugueses. Nem mesmo a explicação dada por ela foi suficiente para aplacar a ira dos intolerantes que pregam tolerância a todo o momento.

A explicação dada foi a seguinte:

“O que disse é que perante um filho que tem um comportamento com o qual os pais não concordam, devem na mesma acolhê-lo e amá-lo. A toxicoddependência é apenas exemplo de comportamento que por vezes leva os pais a rejeitar o filho. Não é uma comparação sobre a homossexualidade, mas sobre a atitude diante dela. Aliás a pergunta da jornalista que me entrevistou foi mesmo “O que diria a uns pais com um filho homossexual?”

Numa sociedade que se diz que cultiva a liberdade de expressão e o respeito por opiniões diferentes, parece que, afinal, já não é possível manifestar essas opiniões diferentes sobre este tema. O movimento LGBT – e aqueles que cederam completamente às suas pressões – afirmam que não pode haver tabus, mas eles próprios criaram um novo tabu: é proibido debater o assunto. Incoerência ou maldade descarada?

(Baseado em notícia enviada em 18 de Novembro por CitizenGO)

IDEOLOGIA DE GÉNERO – O totalitarismo descarado

Um dos males dos regimes totalitários é que nem os juízes estão a salvo. Por isso não há segurança jurídica nem presunção de inocência. E se fores acusado considera-te condenado. Ser juiz na China De Mao ou na Venezuela de Maduro é como querer desenhar um círculo quadrado. Porque não existe independência cada um de nós não passa de um parafuso da engrenagem: na prática um fantoche do chefe absoluto.

De certo modo podemos dizer que está a passar-se qualquer coisa de semelhante nos regimes democráticos do Ocidente com esse totalitarismo disfarçado de liberdade que se chama ideologia de género e feminismo radical.

Como será possível falar de independência jurídica se uma lei como a espanhola (*ou a francesa...*) sobre “violência de género” afirma que a violência é consubstancial ao homem e que é preciso corrigir essa tendência (corrigir... se isso for favorável ao grupo LGBT)?

Como se pode falar de justiça se, à sombra da *lei de violência de género* se tem desenvolvido uma negociata de denúncias falsas em que os beneficiários são sempre associações feministas? Numa pesquisa feita por «*Actual*» vimos que mais de 87% das denúncias por violência de género não acabaram em condenação. Mas se for transformada em mera denúncia sem prova “por maus tratos”, feita por uma mulher, tudo muda de figura: provoca imediatamente a detenção do homem, a sua expulsão do domicílio familiar, ou a impossibilidade de custódia repartida.

Pior ainda: se um juiz tiver a veleidade (ou a coragem...) de cumprir o seu dever de independência e justiça, pode considerar-se perdido, na sua honra e na sua carreira profissional. Foi o que aconteceu a **Francisco Serrano**, juiz na Andaluzia da Espanha de 2016, e que há anos se encontra na mira das feministas radicais. A decisão contestada foi simplesmente esta: a requerimento do pai de uma criança com pais separados, o juiz Serrano alargou, excepcionalmente, o tempo de paternidade em dia e meio para que a criança pudesse participar numa procissão. Acusado pelas feministas de *prevaricação dolosa*, o Tribunal Provincial de Andaluzia condenou-o a dois anos de suspensão. O recurso para o Supremo traduziu-se no agravamento da pena para dez anos. Novo recurso para o Tribunal Constitucional, foi anulada a sentença do Supremo mas manteve a primeira condenação de dois anos.

Numa curta entrevista dada depois da última sentença, limitou-se a dizer: «*prefiro ser um advogado livre a ser um magistrado prisioneiro do medo, perante um sistema judicial que também vive submetido a pressões ideológicas*».

Assim vão a liberdade e a dignidade humana nesta Europa sem rumo.

REPRODUÇÃO ASSISTIDA SEM LIMITES?

Em 17 de Novembro p.p. o Governo Português aprovou a lei que permite o acesso à reprodução assistida a mulheres solteiras e homossexuais, dentro do plano de Saúde Pública. Assim, a restrição anteriormente existente que limitava estas técnicas a casais heterossexuais com problemas de fertilidade, foi eliminada.

Esta lei já fora aprovada pelo parlamento em maio, mas precisava de ratificação pelo governo, o que acaba de acontecer. Nas palavras do porta-voz governamental, “O objetivo é permitir o acesso à reprodução assistida sem exclusão, assegurando a prestação adequada, segura e não discriminatória deste serviço”.

No início de 2017 começará a regulamentação e a abertura de centros de reprodução assistida integrados no plano de Saúde Pública Português. **É esperado um aumento da procura destas técnicas**, o que exigirá o apoio do setor privado, segundo admitiu Adalberto Campos Fernandes, Ministro da Saúde. De facto, um dos principais problemas já existentes são as listas de espera para ter acesso aos tratamentos de reprodução assistida no Serviço Nacional de Saúde. Esta é a situação actual.

Que irá acontecer aos casais heterossexuais que, legitimamente, aguardam com esperança a oportunidade de uma gravidez? Conhecendo nós a agressividade dos grupos LGBT, que exigem apoios e prioridades ilegítimas, a que mais ninguém pode ter acesso, fica-nos a dúvida, ou a quase certeza que esta lei do disparate será a lei da exclusão dos que deveriam ser os únicos beneficiários.

AMCP – PRÓXIMO ENCONTRO NACIONAL

Encontra-se já em preparação o próximo Encontro Nacional da Associação dos Médicos Católicos, que irá decorrer no Porto, no sábado, dia 11 de Fevereiro. O Encontro irá decorrer no Centro de Congressos da Ordem

dos Médicos, no Porto e terá por tema «**O MÉDICO: O CURADOR FERIDO?**»

Quando tanto se fala e se discute sobre os traumas e o cansaço do trabalho médico, levando ao “esgotamento” («Burnout»), é de todo o interesse e urgência que este “curador ferido” seja estudado em todos os seus aspectos – físico, psicológico, espiritual. É, por isso, muito necessário ouvirmos e participarmos.

ACÇÃO MÉDICA HÁ 50 ANOS

O fascículo da nossa revista correspondente aos meses de Outubro a Dezembro de 1966 é dedicado ao XI Congresso Internacional dos Médicos Católicos, realizado na capital das Filipinas, Manila. Deve lembrar-se que os dez primeiros Congressos Internacionais se realizaram todos na Europa e que existia, na época, alguma turbulência no seio das organizações nacionais, sobretudo devido ao desentendimento acerca da integração da Federação internacional na Pax Romana e ao longo consulado do Prof. Luigi Gedda, que ocupava a presidência desde o 3º Congresso, que, como é sabido, foi o primeiro a ocorrer após a 2ª guerra mundial, tendo tido lugar em Lisboa. O Congresso de Manila pôs fim a essa perigosa divergência e consolidou o papel da FIAMC, a federação mundial das organizações católicas médicas; nele foi eleito como Presidente pela primeira vez um não europeu, o Professor Mariano Alimurung, de Manila, académico ilustre da Universidade de S. Tomás, que viria a ser assassinado em Nova Iorque, anos mais tarde, num episódio de violência urbana casual.

O tema central do Congresso foi “O médico perante o problema da população”. O único delegado português, José de Paiva Boléo, apresentou uma comunicação sobre população e natalidade em Portugal, concluindo que a elevada natalidade observada era um facto positivo para a sustentabilidade económica e garantia um superavit de emigrantes que contribuíam para o crescimento e a prosperidade das nações que os recebiam.

A esta comunicação segue-se um trabalho de M. J. Halpem em que o autor descreve com rigor e pormenor a prática do método das temperaturas; recorde-se que na época se discutia acaloradamente a liceidade da contracepção.

Segue-se uma breve comunicação de Villani sobre problemas morais da manutenção da saúde, transcrita das actas do Congresso de Manila.

Na mesma linha, um resumo de um artigo do teólogo A. McCormack sobre a explosão demográfica, concluindo que a Igreja tem o dever de fomentar a paternidade responsável por meios aceitáveis, tendo em consideração a totalidade da vida familiar; e, por outro lado, deve colaborar na ajuda económica e tecnológica às nações mais pobres, de modo a aumentar a produção de bens alimentares.

Anuncia-se o primeiro congresso mundial de direito médico (Gand, 21-24 de Agosto de 1967) e comenta-se o diálogo entre a Igreja e o mundo no campo da cultura, num interessante contributo não assinado. Noticia-se ainda que o deputado à Assembleia Nacional, Dr. Santos Bessa, verberou o uso e abuso de anticoncepcionais que seriam, na sua opinião, vendidos sem receita médica, o que constituiria um atentado contra a saúde pública. O problema não está na natalidade, que começa a declinar, mas na mortalidade infantil, que urge corrigir.

Um longo dossier, extraído da Documentation Catholique, ocupa-se da posição de algumas religiões sobre a regulação dos nascimentos.

Antes das Sínteses médicas, destaque para o obituário da Dr^a Domitila de Carvalho (a primeira médica formada pela Universidade de Coimbra, em 1904), falecida após operosa vida de 95 anos, e do Dr. Fernando das Silva Correia, médico de saúde pública, escritor e historiador, colaborador frequente da nossa revista.

Walter Osswald

ACÇÃO MÉDICA

ANO LXXX, Nº 4, Dezembro 2016

RESUMOS

- FAMÍLIA, lugar de perdão** – Papa Francisco 5
 Meditação sobre a Família.
- A Bioética à luz da Fé Cristã** – Walter Osswald 7
 O estudo da Bioética pela Igreja não foi um caso de envolvimento apressado de alguém apanhado de surpresa – basta olhar para o extraordinário trabalho de doutrinação de Pio XII assim como para as publicações surgidas principalmente a partir dos anos 30. São numerosas as instituições de prestígio que se dedicam ao estudo da Bioética. A associação da Bioética ao cristianismo pareceria por isso evidente, mas não é assim. A Bioética tem sido invadida por uma espécie de *bioética laica* que por vezes põe em causa os valores fundamentais.
- Totalitarismo tecno-científico**– Bernard Ars 13
 Quando se fala das descobertas científicas, do desenvolvimento tecnológico ou das suas consequências na economia, as tecnociências dominam na nossa sociedade ocidental. O terreno cultural actual é dominado por um totalitarismo tecnocientífico, induzindo a ideologia trans-humanista cuja característica dominante reside na rotura antropológica que ela provoca. Esta exposição compreenderá três partes: na primeira procurar-se-á definir em que consiste aquele movimento heterogéneo; na segunda parte apontar-se-ão seis das suas características; na terceira parte desenvolver-se-ão três ideias a discutir que interpelam a Fé Católica.
- A pessoa do doente e a pessoa do médico** – Ermanno Pavesi 27
 Em cada cultura existe uma relação precisa entre a imagem de Deus, o homem e o mundo. Na esteira do Antigo Testamento os cristãos adoptaram a palavra *pessoa* para designar o homem concebido à imagem do seu Criador, com uma dignidade própria, com a consciência de si e da natureza, dotado de razão, de livre arbítrio e de discernimento, possibilitando juízos no sentido da valoração moral das suas acções. Ao longo da história e da evolução cultural a palavra sofreu múltiplas alterações redutoras do seu sentido, algumas das quais brevemente se explicitam no texto. Nas serviços actuais de prestação de cuidados de saúde há sinais evidentes de despersonalização e de empobrecimento das relações humanas que exigem uma particular atenção de todos os intervenientes.
- A Misericórdia no cuidar** – Henrique Vilaça Ramos 41
 Quando se fala em misericórdia pensa-se, em geral, em compaixão e empatia. Para evitar ambiguidades é, pois, necessário ver estes conceitos em detalhe. Só assim será possível falar da noção de “cuidar”, que significa relacionar-se com outra pessoa pela qual existe um sentido de compromisso e responsabilidade. São várias as características do *cuidado*: conhecimento, estar com, fazer a, habilitar e manter a esperança. Para “cuidar” é necessário educar, convertendo reacções de empatia em reacções de compaixão.

TEMAS ACTUAIS

- **Eutanásia: Os Bastonários e a defesa da Vida** (clara defesa da vida perante a eutanásia, assumida pelo actual bastonário da Ordem dos Médicos em conjunto com ex-bastonários) 57
- **Eutanásia: Quando se derruba o alicerce** (a progressividade da perda do respeito pela vida) – Pedro Vaz Patto 59
- **Eutanásia – significados** (alguns significados das palavras usadas quando se fala de eutanásia) – J. Augusto Simões 63
- **Ideologia de género e liberdade** – Cristina Castro 69
(Entrevista obtida de Gabriele Kuby, socióloga e escritora alemã perseguida pelas feministas)
- DOCUMENTO – Educação sexual** 75
Protesto enviado às autoridades educativas sobre o que está a ser preparado para os programas de ensino infantil, em que é promovida a sexualização precoce das crianças.

PÁGINA DO PRESIDENTE

- **Mensagem** 79
- **O Serviço Médico de apoio aos peregrinos** (agradecimento ao colega que dirigiu este serviço e agora se retira) 81

NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS

- **O Conselho da Europa e a hipersexualização das crianças** (condenação pelo Conselho da Europa dos programas de hipersexualização infantil) 85
- **O grande “Educador sexual”** (comentário/protesto dos programas de educação sexual) 86
- **Os psicólogos e a intolerância LGBT** (Perseguição de uma psicóloga pelo grupo LGBT) 87
- **Ideologia de género: o totalitarismo descarado** (Perseguição de um juiz espanhol pelo grupo LGBT) 88
- **Reprodução assistida sem limites?** (comentário à nova lei aprovada no Parlamento) ... 90
- **AMCP: próximo encontro nacional** 90
- **«Acção Médica» há 50 anos** 91
- RESUMOS** 93

ACÇÃO MÉDICA

YEAR LXXX, No. 4, December 2016

ABSTRACTS

- FAMILY, place of forgiveness** – Pope Francis 5
Meditation on the Family
- Bioethics in the light of the Christian faith** – Walter Osswald 7
The study of Bioethics by the Church was not a case of the hasty involvement of someone caught by surprise – one only has to look at the extraordinary work of indoctrination of Pius XII as well as the publications that appeared mainly from the 1930s onwards. There are many prestigious institutions dedicated to the study of Bioethics. The association of Bioethics with Christianity would therefore seem obvious, but it is not so. Bioethics has been invaded by a kind of *secular bioethics* that sometimes calls into question fundamental values.
- Techno-scientific totalitarianism** – Bernard Ars 13
When we talk about scientific discoveries, technological development or their consequences in the economy, the techno-sciences dominate in our Western society. The current cultural field is dominated by a techno-scientific totalitarianism, inducing the trans-humanist ideology whose dominant characteristic lies in the anthropological break that it provokes. This exposition will comprise three parts: the first one will try to define what that heterogeneous movement consists of; in the second part, six of its characteristics will be pointed out; in the third part, three ideas will be developed to discuss that challenge to the Catholic Faith.
- The person of the patient and the person of the doctor** – Ermanno Pavesi 27
In every culture there is a precise relationship between the image of God, man and the world. In the wake of the Old Testament, Christians adopted the word *person* to designate man conceived in the image of his creator, with his own dignity, with awareness of himself and nature, endowed with reason, free will and insight, enabling judgments towards moral valuation of his actions. Throughout history and cultural evolution, the word underwent multiple changes that reduced its meaning, some of which are briefly explained in the text. In today's health care services there are clear signs of depersonalization and impoverishment of human relations that require particular attention from all stakeholders.
- Mercy in caring** – Henrique Vilaça Ramos 41
When one speaks of mercy, one thinks generally of compassion and empathy. To avoid ambiguities, it is therefore necessary to see these concepts in detail. Only in this way will it be possible to speak of the notion of 'caring', which means to relate to another person for whom there is a sense of commitment and responsibility. There are several characteristics to *caring*: knowledge, being with, doing, enabling and maintaining hope. To 'care' it is necessary to educate, converting reactions of empathy to reactions of compassion.

CURRENT AFFAIRS

- **Euthanasia: The Chairmen and the defence of Life** (a clear defence of life in the face of euthanasia, assumed by the current chairman of the Portuguese Medical Association together with former chairmen) 57
- **Euthanasia: When the foundation is knocked down** (the progressivity of the loss of respect for life) – Pedro Vaz Patto 59
- **Euthanasia – meanings** (some meanings of words used when speaking of euthanasia) – J. Augusto Simões 63
- **Gender ideology and freedom** – Cristina Castro 69
(Interview with Gabriele Kubly, German sociologist and writer persecuted by feminists)

DOCUMENT – Sex education 75
Protest sent to educational authorities about what is being prepared for children's education programmes in which the early sexualisation of children is promoted.

THE PRESIDENT SPEAKS

- **Message** 79
- **The Medical Service in support of pilgrims** (Thank you to the colleague who directed this service and now retires) 81

NEWS AND COMMENTS

- **The Council of Europe and the hyper-sexualisation of children** (Condemnation by the Council of Europe of child hyper-sexualisation programmes) 85
- **The great “Sex Educator”** (Comment/protest of sex education programmes) 86
- **Psychologists and LGBT intolerance** (Harassment of a psychologist by the LGBT group) 87
- **Gender ideology: brazen totalitarianism** (Harassment of a Spanish judge by the LGBT group) 88
- **Assisted reproduction without limits?** (Comment on the new law approved in Parliament) 90
- **AMCP: next national meeting** 90
- **‘Acção Médica’ 50 years ago** 91
- ABSTRACTS** 95

NOVOS ASSOCIADOS

Foram admitidos como novos associados:

- Dra. Catarina de Oliveira Mira| Algarve
- Dra. Raquel de Sousa Meireles| Bragança – Miranda
- Dr. João Manuel Victor de Almeida| Beja
- Dra. Célia Fernandes Laham Mineiro| Lisboa
- Dra. Constança Ferrão Aleixo Dias| Lisboa
- Dra. Maria João Bettencourt Lucas| Lisboa
- Dra. Isabel Fernanda Correia Coelho Jerónimo Mourinho | Porto
- Dra. Maria Clotilde Avides Moreira Pinto Osório | Porto *

* - Sócio Estudante

SÓCIOS FALECIDOS

Tomamos conhecimento dos falecimentos dos nossos Associados: