



SUMÁRIO

TEMA DE CAPA	3
EDITORIAL	5
José Diogo Ferreira Martins	
ESTATUTOS DA ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS CATÓLICOS PORTUGUESES	7
TEMAS ACTUAIS.....	19
CONSIDERAÇÕES SOBRE O FINAL DA VIDA NOS PAÍSES BAIXOS	21
Vincent Kemme, Instituto ‘Biofides’	
MULTIDÕES, SOLIDÕES E PEDRAS A LOUVAR EM SEMANA SANTA.....	33
Aires Gameiro	
ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL	37
António Gentil Martins	
REUTILIZAÇÃO DE RESÍDUOS HOSPITALARES.....	49
João Queiroz e Melo	
REUNIÃO DA FEAMC (FEDERAÇÃO EUROPEIA) - ASSIS, DE 27 A 29 DE MAIO.....	53
REUNIÃO DA FIAMC (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL / MUNDIAL) - ROMA, DE 15 A 17 SETEMBRO.....	55
ACÇÃO MÉDICA HÁ CINQUENTA ANOS	57
Walter Osswald	
RESUMOS.....	61
ABSTRACTS	65



ACÇÃO MÉDICA

ORGÃO E PROPRIEDADE DA A.M.C.P.
ANO LXXXVI N.º1 | JANEIRO/ABRIL 2022

FUNDADOR | José de Paiva Boléo

DIRECTOR | José Diogo Ferreira Martins (jdferreiramartins@gmail.com)

SUB-DIRECTOR | A. Laureano Santos (alaureanosantos@gmail.com)

REDACTORES | José Manuel Lopes dos Santos, José Augusto Simões, Isabel Martins Lopes

CONSELHO CIENTÍFICO | J. Paiva Boléo-Tomé, Walter Osswald, Levi Guerra, José Pinto Mendes, Henrique Vilaça Ramos, Lesseps L. dos Reis

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO | 501 983 58

ISSN – 0870 – 0311 – International Standard Serial Number

DEPÓSITO LEGAL N.º 28367/89 – Dep. D.G.C.S. n.º 106542

ADMINISTRAÇÃO | R. Arceidiago Van Zeller, 50 – 4050-621 Porto

SECRETARIADO EDITORIAL | Leopoldina Reis Simões

www.medicoscatolicos.pt | e-mail: medicoscatolicos.pt@gmail.com

DESIGN GRÁFICO E PAGINAÇÃO | Rita Gomes – ritapsgomes@gmail.com

IMPRESSÃO | inPrintout fluxo de produção gráfica | TIRAGEM 340 exemplares

ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS CATÓLICOS PORTUGUESES

SEDE | R. Arceidiago Van Zeller, 50 – 4050-621 Porto

MORADA PARA CORRESPONDÊNCIA | R. 13 de Maio, Edf. Fonte Nova, 35 B – 2495-414 Fátima

SECRETARIADO E COMUNICAÇÃO | Leopoldina Reis Simões

www.medicoscatolicos.pt | e-mail: medicoscatolicos.pt@gmail.com

DIRECÇÃO NACIONAL

PRESIDENTE | José Diogo Ferreira Martins

VICE-PRESIDENTE | Teresa Souto Moura

SECRETÁRIO | Miguel Toscano Rico

TESOUREIRA | Marta Jonet

VOGAIS | Margarida Neto, João Paulo Malta, Maria João Lage, Luís Mendes Cabral, Eva Palha, Vera Eiró

ASSISTENTE ESPIRITUAL | P. Miguel Cabral

NÚCLEOS DIOCESANOS (PRESIDENTES)

BEJA: Edmundo Bragança de Sá | COIMBRA: José Augusto Simões | FARO: Santos Matos | GUARDA: João José Reis Pereira | LISBOA: Margarida Neto | PORTALEGRE/CASTELO BRANCO: Isabel Marques Jorge | PORTO: Alice Menezes | SANTARÉM: Eva Palha | VILA REAL: Maria Goretti Rodrigues | VISEU: João Morgado

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PAGAMENTO ADIANTADO

ASSOCIADOS DA A.M.C.P., desde que a quotização esteja regularizada, recebem a revista sem mais encargos:

Por ano, por correio.....50,00 €

Por ano, no e-mail.....40,00 €

NÃO ASSOCIADOS

Portugal

Um ano (4 números).....25,00 €

Avulso7,00 €

Estrangeiro acrescem as despesas de envio

Estudantes.....10,00 €



TEMA DE CAPA

EDITORIAL

José Diogo Ferreira Martins¹

A Associação dos Médicos Católicos Portugueses foi fundada no dia em que a Igreja celebra a festa da Anunciação, 25 de março, no ano da graça de 1915. Tem assim uns respeitáveis cento e sete anos de vida, a nossa querida associação.

Nessa reunião inaugural foram definidas as linhas orientadoras da nova Associação. O Senhor Bispo do Porto, Senhor D. António Barroso, presidiu a esta primeira reunião que ocorreu no Paço Episcopal do Porto. Saudou os médicos presentes, lembrando que nunca existiu qualquer oposição ou incompatibilidade entre a Ciência e a Fé, que só existe no pensamento dos que têm dificuldade em aceitar a existência de Deus. Apropriadamente, lembrou que a escolha daquele dia simbolizava a missão a que se propunham, a do anúncio do Evangelho no exercício da Medicina.

No ano seguinte, 1916, decorreu a terceira reunião, em Coimbra. A ata deste encontro revela-nos que já existiam estatutos, pois que são citados ao referir-se “o artigo primeiro dos estatutos” dizendo: «*Esta Associação definiu nele um verdadeiro esquema do seu apostolado*». Estes estatutos estão em parte incerta.

Em 1918 registaram-se as primeiras alterações aos estatutos. Curiosamente, algumas das alterações prendiam-se com aspetos religiosos enquanto outras estavam relacionados com aspetos funcionais. Exemplos do primeiro são os novos art.º 18 (“A Associação celebrará com solenidade

¹ Presidente da Associação dos Médicos Católicos Portugueses e Diretor da Acção Médica.

todos os anos a festa do seu patrono S. Rafael, no dia 24 de outubro, e a da Imaculada Conceição, no dia 8 de dezembro”) e o art.º 19 (“Além destas celebrará outras festas como a de S. Lucas em 18 de outubro”). E quanto aos aspetos funcionais, foi, por exemplo, introduzida no Capítulo II a disposição que determina que “A Direção, em casos excecionais e com motivo fundamentado, pode dispensar qualquer sócio do pagamento das suas quotas.”. Os terceiros estatutos foram aprovados em 1934 pelo Senhor Cardeal Patriarca de Lisboa, Senhor D. Manuel Gonçalves Cerejeira.

Os últimos estatutos da AMCP datavam de 1999. Encontravam-se significativamente desatualizados. Não previam, por exemplo, a existência de uma Mesa da Assembleia Geral e de um Conselho Fiscal, como agora é mandatório para todas as associações. Estes factos, entre outras questões, impediam que a nossa associação usufruísse de todos os atuais benefícios concedidos às associações sem fins lucrativos, como, por exemplo, a obtenção do perfil legal de “organização sem fins lucrativos” que nos permitirá beneficiar de trabalho externo *pro bono*. Por tudo isto, considerou a atual Direção Nacional que seria oportuno e urgente convocar um Conselho Nacional Extraordinário para a aprovação de uma proposta de revisão de estatutos. A proposta submetida ao Conselho Nacional centrava-se essencialmente em questões de natureza administrativa e jurídica. Para preparar esta proposta, beneficiámos da leitura atenta de estatutos de outras organizações profissionais católicas. A reunião do Conselho Nacional Extraordinário decorreu por via telemática, no dia 26 de março de 2022, não tendo sido realizado no dia 25, por ser uma 6ª feira. Os estatutos foram revistos em detalhe, beneficiaram de múltiplas sugestões dos presentes e foram aprovados por unanimidade.

Os novos estatutos, publicados neste número da Acção Médica, entram em vigor logo que sejam devidamente aprovados pela Conferência Episcopal Portuguesa. Como no início, mantemos o foco da AMCP no anúncio do Evangelho no exercício da Medicina, tal como se pode ler no art.º 1: “*A Associação dos Médicos Católicos Portugueses (AMCP), fundada no Porto, em 1915, é uma associação sem fins lucrativos, que procura meios de fomentar no seu interior um sã ambiente de solidariedade humana e fraternidade cristã, projetando-se para o meio social em que se situa.*”.

ESTATUTOS DA ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS CATÓLICOS PORTUGUESES¹

Capítulo I

Denominação, sede, duração, fins e objeto

Artigo 1.º

A Associação dos Médicos Católicos Portugueses (AMCP), fundada no Porto, em 1915, é uma associação sem fins lucrativos, que procura meios de fomentar no seu interior um sã ambiente de solidariedade humana e fraternidade cristã, projetando-se para o meio social em que se situa.

Tem personalidade jurídico-canónica e civil, nos termos do artigo 10.º da Concordata entre a Santa Sé e o Estado Português e do Cân. 215 do Código de Direito Canónico.

Tem sede no Porto, na Rua Arcediago Van Zeller, 50.

A Associação durará por tempo indeterminado.

A Associação está filiada na Federação Europeia dos Médicos Católicos (FEAMC) e na Federação Internacional dos Médicos Católicos (FIAMC).

Artigo 2.º

1. A Associação tem por fins:

- a) Fazer uma reflexão cristã sobre as situações e sobre os problemas éticos e deontológicos relacionados com a profissão médica, numa linha de humanização da medicina e evangelização das pessoas ligadas às áreas de saúde;

¹ Os presentes estatutos não foram aprovados pela Conferência Episcopal Portuguesa. Apenas entram em vigor logo que estejam devidamente aprovados.

- b) Promover a adequada preparação espiritual e cultural dos seus associados;
- c) Colaborar com as instituições e as iniciativas mais relacionadas com a Pastoral da Saúde;
- d) Permanecer aberta ao diálogo e à entreaajuda esclarecida entre as organizações e os movimentos nacionais e internacionais no sector da saúde, para a dignificação do homem e para a promoção da vida humana;
- e) Pôr a sua competência profissional ao serviço da Igreja.

Artigo 3.º

- 1. Em ordem à consecução dos seus objetivos, a Associação propõe-se:
 - f) Elaborar programas de ação de âmbito diocesano e nacional;
 - g) Fomentar encontros de reflexão sobre problemas atuais com implicações no campo da medicina e do seu exercício;
 - h) Editar a revista “Acção Médica”, órgão oficial da Associação, e outras publicações que julgar convenientes;
 - i) Promover reuniões periódicas entre as diversas direções diocesanas, para partilhar experiências e para programação de algumas atividades de interesse comum;
 - j) Manifestar junto dos órgãos da Igreja os problemas e as preocupações, os projetos e as esperanças, vividas no exercício da própria profissão;
 - k) Atribuir o Prémio Internacional de Ética e Deontologia João XXI.

Capítulo II

Associados

Artigo 4.º

- 1. Podem ser membros da AMCP, médicos, estudantes de medicina e outras pessoas, individuais ou coletivas, que:
 - l) Procurem viver e promover o trabalho profissional de acordo com os valores cristãos;
 - m) Defendam os valores e princípios éticos da AMCP;
 - n) Contribuam para a prossecução dos fins da Associação;
 - o) Solicitem formalmente a adesão subscrevendo a proposta de inscrição;
 - p) Sejam admitidos pela Direção Nacional numa das categorias definidas no artigo 5.º.

Artigo 5.º

1. A Associação pode ter um número ilimitado de Associados distribuídos pelas seguintes categorias:
 - q) Associados Efetivos: Pessoas singulares licenciadas em medicina;
 - r) Associados Estudantes: Pessoas singulares que se encontrem a frequentar o curso de medicina;
 - s) Associados Honorários: Pessoas singulares ou coletivas que tenham prestado um apoio muito relevante à associação e sejam como tal reconhecidos pela Assembleia Geral;

Artigo 6.º

1. São direitos de todos os Associados, desde que no pleno exercício dos seus direitos:
 - a) Participar nas Assembleias Gerais;
 - b) Participar nas atividades promovidas pela Associação;
 - c) Receber a Revista “Acção Médica”;
 - d) Apresentar propostas e sugestões à Direção Nacional e às Direções Diocesanas;
 - e) Votar nas Assembleias Gerais;
 - f) Ser eleito para os Órgãos Sociais.

Artigo 7.º

1. São deveres de todos os Associados, desde que no pleno exercício dos seus direitos:
 - t) Defender o bom nome da Associação pelo testemunho da sua atuação pessoal e profissional;
 - u) Colaborar nas atividades promovidas pela Associação;
 - v) Servir a Associação nos órgãos sociais para que for eleito e nas ações para que for designado;
 - w) Pagar a quota que for fixada pela Assembleia Geral para a sua categoria de Associado.

Artigo 8.º

1. O não cumprimento dos deveres legais ou dos deveres estatutários ou nas circunstâncias em que a conduta do Associado concorra intencionalmente para o descrédito ou prejuízo da Associação pode originar, consoante a gravidade e a responsabilidade do Associado:
 - a) A suspensão de direitos por tempo determinado;
 - b) A exclusão de Associado.

2. Compete à Direção Nacional deliberar sobre o ponto anterior, depois de ser dada a oportunidade de defesa ao Associado.
3. O Associado pode apresentar recurso dessa deliberação para a Assembleia Geral.

Capítulo III Órgãos Sociais

Artigo 9.º

1. Os órgãos sociais da AMCP são os seguintes:
 - a) A Assembleia Geral;
 - b) A Direção Nacional;
 - c) O Conselho Fiscal;
 - d) As Direções Diocesanas;
 - e) O Conselho Editorial da “Acção Médica”;

Secção I Assembleia geral

Artigo 10.º

1. A Assembleia Geral é composta por todos os Associados no pleno exercício dos seus direitos.

Artigo 11.º

1. A mesa da Assembleia Geral é composta por um Presidente, um Vice-Presidente e um Secretário, eleitos por três anos de entre os Associados.

Nas suas faltas e impedimentos, o Presidente da mesa será substituído pelo Vice-Presidente, pelo Secretário, ou, na falta destes, por um Associado eleito entre os presentes.

Compete ao Presidente da Mesa ou a quem o substituir:

- x) Convocar a Assembleia;
- y) Abrir, dirigir, suspender e encerrar a Assembleia, e assinar as atas;
- z) Compete ao secretário que coadjuvar o Presidente, redigir e assinar as atas.

Artigo 12.º

1. Compete à Assembleia Geral:
 - a) Eleger os membros da sua mesa, da Direção Nacional e do Conselho Fiscal, respeitando as normas em vigor nas associações de leigos reconhecidas pela Hierarquia da Igreja Católica;
 - b) Aprovar o programa anual de atividades e orçamento propostos pela Direção Nacional;
 - c) Aprovar o relatório e contas do exercício apresentados pela Direção Nacional, com o parecer do Conselho Fiscal;
 - d) Deliberar sobre recursos de exclusão de Associados;
 - e) Fixar o montante das quotas dos Associados sob proposta da Direção Nacional;
 - f) Deliberar sobre a participação noutras associações, ou em pessoas coletivas;
 - g) Ratificar a criação de Núcleos Diocesanos e as suas respetivas Direções;
 - h) Deliberar sobre alterações dos estatutos;
 - i) Deliberar sobre a dissolução e liquidação da Associação;
 - j) Deliberar, sob proposta fundamentada da Direção, sobre a atribuição do estatuto de Associado Honorário nos termos da alínea c) do ponto 1 do artigo 5.º

Artigo 13.º

1. A Assembleia Geral reúne:
 - a) Ordinariamente no último trimestre de cada ano, para deliberar sobre os assuntos indicados nas alíneas b) e c) do artigo anterior.
 - b) Extraordinariamente a pedido da Direção Nacional, do Conselho Fiscal ou de, pelo menos, um quinto dos Associados, no pleno exercício dos seus direitos, que o solicitem por escrito com indicação dos motivos e da ordem de trabalhos.

A Assembleia Geral será convocada pelo seu Presidente, ou em quem delegue esta responsabilidade, por via eletrónica, para o endereço constante na ficha de Associado, com a antecedência mínima de oito dias, indicando o dia, a hora, o local e a ordem de trabalhos.

Artigo 14.º

1. A Assembleia Geral pode reunir e deliberar validamente, em primeira convocação, desde que estejam presentes, pelo menos, metade dos Associados.

Se a assembleia não puder reunir por falta de quórum, poderá deliberar validamente em segunda convocatória, quinze minutos depois, com qualquer número de Associados presentes.

Os Associados podem fazer-se representar por outros Associados, mediante carta dirigida ao Presidente da mesa, entregue até à hora da reunião.

O Presidente pode, com menção expressa na convocatória, admitir a participação de Associados na Assembleia Geral através de meios telemáticos.

A Assembleia Geral delibera por maioria absoluta dos votos expressos, salvo quanto a alterações dos estatutos, para as quais é necessária maioria de três quartos do número dos Associados presentes. Para a dissolução e liquidação da associação são requeridos três quartos do número de todos os Associados.

A eleição dos membros dos Órgãos Sociais é feita por lista completa, considerando-se eleita a lista que obtiver, à primeira volta, a maioria dos votos. Caso nenhuma obtenha este resultado, será repetida a votação entre as duas listas mais votadas. Em caso de empate, será repetida a votação até que uma lista consiga obter a maioria absoluta dos votos.

Secção II Direção Nacional

Artigo 15.º

1. A Direção Nacional é composta por um Presidente, um vice-presidente, um secretário, um tesoureiro, e um número de vogais variável, sendo que a direção, no seu conjunto, não pode exceder um máximo de 9 membros, eleitos por três anos, pela Assembleia Geral de entre os Associados;
2. A Direção Nacional deverá ser acompanhada por um Assistente Espiritual Nacional, nomeado pela Conferência Episcopal.
3. Um dos vogais da Direção Nacional será nomeado Administrador da revista “*Acção Médica*”;
4. Nas suas faltas ou impedimentos, o Presidente será substituído pelo vice-presidente, ou por um membro da Direção em quem delegue essa responsabilidade.

5. No caso de vacatura da maioria dos membros da Direção Nacional, a Assembleia Geral deverá eleger novos membros que completarão o período de exercício de funções.

Artigo 16.º

1. Compete à Direção Nacional:
 - a) Representar a Associação judicial e extrajudicialmente;
 - b) Deliberar sobre a admissão de Associados;
 - c) Elaborar e submeter à Assembleia Geral o programa anual de atividades e promover a sua execução;
 - d) Promover o desenvolvimento da associação e a criação de Núcleos Diocesanos;
 - e) Solicitar à competente autoridade eclesiástica a nomeação do assistente nacional e de assistentes religiosos para os núcleos em atividade.
 - f) Submeter à Assembleia Geral o valor das quotas das diferentes categorias de Associados;
 - g) Elaborar e apresentar ao Conselho Fiscal e, com o parecer deste, à Assembleia Geral o relatório e contas de cada exercício;
 - h) Dirigir os serviços da Associação.
 - i) Nomear o Administrador e o Editor da revista “*Acção Médica*”;

Artigo 17.º

1. A Direção Nacional reúne de forma ordinária uma vez por trimestre, convocada pelo Presidente, e de forma extraordinária por sua iniciativa ou a pedido de metade dos seus membros;
Os membros da Direção Nacional podem fazer-se representar uns pelos outros nas reuniões.
As deliberações são tomadas por maioria dos votos dos presentes ou representados, tendo o Presidente voto de desempate.
As deliberações devem constar de atas, assinadas pelo Presidente e pelo secretário.
O Presidente da Direção Nacional pode, com menção expressa na convocatória para a reunião, admitir a participação de membros da Direção Nacional através de meios telemáticos.
Associação obriga-se pelas assinaturas conjuntas de dois membros da Direção Nacional, sendo um deles o Presidente ou o vice-presidente.

Secção III Conselho Fiscal

Artigo 18.º

1. O Conselho Fiscal é composto por um Presidente e dois vogais, eleitos por três anos pela Assembleia Geral de entre os Associados. Na sua falta ou impedimento o Presidente será substituído por um dos vogais.

Artigo 19.º

1. Compete ao Conselho Fiscal:
 - a) Zelar pelo cumprimento do direito canónico e civil e dos estatutos;
 - b) Fiscalizar as contas, bem como verificar os bens da Associação;
 - c) Dar parecer sobre as propostas de orçamento e sobre o relatório e contas de cada exercício;
 - d) Assistir às reuniões da Assembleia Geral.
2. Compete ao Presidente do Conselho Fiscal assistir às reuniões da Direção Nacional, para que seja convocado.

Artigo 20.º

1. O Conselho Fiscal reunirá, pelo menos, uma vez por ano, por convocação do seu Presidente, podendo deliberar por maioria dos votos expressos, desde que esteja presente o Presidente e um dos seus membros, tendo o Presidente voto de desempate.
O Presidente do Conselho Fiscal pode, com menção expressa na convocatória, admitir a participação na respetiva reunião através de meios telemáticos.

Secção IV Direções Diocesanas

Artigo 21.º

1. Devem constituir-se núcleos da Associação em cada Diocese, segundo as conveniências locais.
2. Para efeitos do disposto no número anterior, cada Diocese deve reunir os associados da AMCP que aceitem colaborar regularmente entre si e com a Associação de modo considerado conveniente pela Direção Nacional, ouvido o respetivo Bispo.

3. Numa fase preliminar, todas as funções diretivas serão atribuídas a um coordenador local, em contacto com a Direção Nacional.
4. Logo que o conjunto de associados inicie atividade local regular, o coordenador local deve promover junto da Direção Nacional o pedido de constituição do núcleo, com a indicação dos elementos da sua Direção Diocesana.

Artigo 22.º

1. Cada Direção Diocesana é composta por até sete membros: um Presidente, um Secretário; um Tesoureiro e até quatro vogais, eleitos, por três anos, entre os Associados do Núcleo Diocesano.
2. Cada Direção Diocesana deve ser acompanhada por um Assistente Espiritual nomeado pelo Bispo da Diocese.
3. Compete a cada Direção Diocesana:
 - a) Definir e executar um programa anual de atividades;
 - b) Promover e propor a admissão de Associados;
 - c) Apoiar a cobrança de quotas dos respetivos Associados;
 - d) Elaborar e apresentar na Assembleia Geral o relatório de atividades de cada exercício.
 - e) Dar, anualmente, conhecimento ao Bispo da Diocese das atividades da Associação.
 - f) Promover no final do mandato, em sintonia com a Direção Nacional, uma reunião geral dos Associados da AMCP residentes no Núcleo Diocesano, para eleição dos membros da nova Direção, respeitando as normas em vigor nas associações de leigos reconhecidas pela Hierarquia da Igreja Católica;
4. As Direções Diocesanas devem respeitar as orientações dos órgãos nacionais e coordenar com eles as suas atividades.

Artigo 23.º

1. A Direção Diocesana reúne de forma ordinária uma vez por trimestre, convocada pelo Presidente, e de forma extraordinária por sua iniciativa ou a pedido de metade dos seus membros;
Os membros da Direção Diocesana podem fazer-se representar uns pelos outros nas reuniões.
As deliberações são tomadas por maioria dos votos dos presentes ou representados, tendo o Presidente voto de desempate.
As deliberações devem constar de atas, assinadas pelo Presidente e pelo secretário.

Secção V
Conselho Editorial da “Acção Médica”

Artigo 24.º

1. O Conselho Editorial da “Acção Médica” é composto por um administrador e um editor, e tem por finalidade principal viabilizar a publicação regular da revista “Acção Médica”, onde serão difundidos textos originais resultantes de atividades de investigação dos Associados da AMCP, bem como os textos da Igreja, ou outros que se revelem adequados no âmbito da AMCP.
2. O Administrador é nomeado entre os elementos da Direção Nacional e tem como competências:
 - a) Garantir os meios necessários para a publicação trimestral da revista “Acção Médica”;
 - b) Desenvolver formas de divulgar a revista pelos Associados;
 - c) Definir o modelo de financiamento e sustentabilidade da revista;
 - d) Estabelecer os contactos com as entidades externas que participem na publicação da revista;
3. O Editor é nomeado pela Direção Nacional e tem como responsabilidades:
 - a) Selecionar os artigos a publicar;
 - b) Garantir os princípios éticos, religiosos e deontológicos dos textos aceites para publicação;
 - c) Garantir um editorial em cada número da revista.

Artigo 25.º

1. O Conselho Editorial da “Acção Médica” reúne de forma ordinária uma vez por trimestre, convocado pelo Administrador, e de forma extraordinária por sua iniciativa ou a pedido de um dos seus membros;
As deliberações são tomadas por maioria dos votos, tendo o Administrador voto de desempate.
As deliberações devem constar de atas, assinadas pelo Administrador e pelo Editor.

Capítulo IV

Finanças e Património

Artigo 26.º

1. O património da Associação é constituído pela revista “*Acção Médica*” e outros valores que lhe venham a ser atribuídos.

Artigo 27.º

1. As despesas da Associação serão suportadas pelas seguintes receitas:
 - a) Quotas dos Associados;
 - b) Os subsídios de entidades oficiais e particulares;
 - c) Rendimentos de bens próprios e de serviços prestados;
 - d) Donativos, subsídios, legados e outras receitas aceites pela Direção Nacional.

Capítulo V

Dissolução e liquidação

Artigo 28.º

1. No caso de dissolução e liquidação, quer por deliberação dos Associados, quer por desajustamento grave com a Hierarquia da Igreja ou com a Autoridade do Estado, os bens que restarem, depois de pagas todas as dívidas da Associação, terão o seguinte destino:
 - a) Os que pertencerem à Direção Nacional passarão para a Conferência Episcopal Portuguesa;
 - b) Os que pertencerem aos Núcleos Diocesanos, passarão para as respetivas Dioceses.

Capítulo VI

Disposições diversas

Artigo 29.º

1. Os corpos gerentes da Associação carecem da homologação da autoridade eclesiástica, competindo à Conferência Episcopal a

homologação da Direção Nacional e ao Bispo da Diocese a homologação da Direção Diocesana.

Artigo 30.º

1. Os casos omissos serão resolvidos pela Direção Nacional, a qual terá em conta as normas gerais do Direito Canónico e Civil que lhes sejam aplicáveis.

Artigo 31.º

1. Os presentes Estatutos entram em vigor logo que sejam devidamente aprovados pela Conferência Episcopal Portuguesa, ficando sujeitos à aprovação da mesma quaisquer alterações.



TEMAS ACTUAIS

CONSIDERAÇÕES SOBRE O FINAL DA VIDA NOS PAÍSES BAIXOS¹

Vincent Kemme², Instituto 'Biofides'

Introdução

É para mim um privilégio e uma honra falar-vos, hoje, neste Dia Nacional dos Médicos Católicos em Portugal na Faculdade Medicina de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Permitam-me que me apresente brevemente antes de abordar o tema sobre o qual que me pediram para falar durante esta conferência: “A Eutanásia nos Países Baixos e na Bélgica”.

Sou biólogo natural dos Países Baixos, com formação universitária nos domínios da Biologia, comprometido no ensino de jovens que frequentam os últimos anos do ensino secundário, preparando-os para os estudos universitários em Medicina e noutras disciplinas, nomeadamente em Ciências Naturais. Fui professor nos Países Baixos e na Bélgica. Atualmente exerço a minha atividade pedagógica na *European Schools* em Bruxelas. Durante os meus estudos académicos na Universidade de Utrecht, na Holanda, tive

1 Conferência integrada no Encontro Nacional da Associação dos Médicos Católicos (Faculdade de Medicina de Lisboa da Universidade Católica, Outubro 2021).

2 Antigo professor de Biologia da Holanda, residente na Bélgica, fundador do Instituto Biofides de Biologia e Fé, editor chefe da *Acta Medica Catholica*, boletim da Associação Médica Católica da Bélgica, assistente do Presidente da Federação Mundial das Associações Médicas Católicas (FIAMC, Roma). Marido, pai e avô.

uma experiência sobre a presença de Deus que mudou a minha vida, após o meu contacto com um novo movimento eclesial, a chamada “*Renovação Carismática*”. Tendo embora nascido no seio de uma família católica, eu tinha deixado a Igreja e não tinha prática religiosa regular por razões de falta de compreensão e de interesse. A partir dessa experiência, para ser exato no ano de 1980, a relação entre Fé e a Biologia tornou-se um tema central da minha viagem intelectual. A Ciência e a Fé, a Evolução e Criação, mas também as questões éticas em torno do aborto, da contraceção, da eutanásia, da ecologia tornaram-se temas inevitáveis de controvérsias relacionadas com as grandes mudanças na cultura atual, sobretudo a partir dos anos sessenta do século passado. Por essa razão e também por pura curiosidade prossegui em estudos adicionais nos domínios da Teologia, da Filosofia e da Bioética.

Em 2009, tendo-me mudado para a Bélgica (mais precisamente para a Flandres) com a minha mulher e os meus seis filhos, decidi pôr fim à minha carreira docente regular por invocadas «razões de saúde». As minhas maiores preocupações pedagógicas residiam na forma como eu deveria abordar a sexualidade e a procriação humanas. Nessa altura, mesmo nas escolas católicas, estes temas eram abordados como se se tratasse apenas de um curso de contraceção. Mas também havia razões de outra ordem nas minhas atitudes. Nessa altura, decidi iniciar o meu apostolado no “Instituto Biofides”, no qual tento dar respostas racionais a todas as perguntas que os estudantes me possam fazer, uma vez que tomem conhecimento que eu sou um católico professor de Biologia. Apenas alguns meses mais tarde, um médico de Bruxelas, o presidente da Associação Médica Católica da Bélgica, Prof. Dr. Bernard Ars, aqui presente entre nós, convidou-me para integrar a direção da associação médica bilingue, a fim de aprofundar, ou mesmo corrigir, a “mentalidade” da direção, no que diz respeito à bioética e ao ensino da Igreja. O Dr. Ars (hoje na sua qualidade de presidente da Federação Mundial das Associações Médicas Católicas) e eu próprio estamos a trabalhar em conjunto há mais de uma década, com o seu gabinete no Vaticano. E aqui estou eu, em Lisboa, falando a uma audiência de estudantes de medicina e de médicos.

O Instituto Biofides investiga em primeiro lugar a relação entre Fé e a Ciência, sendo a Filosofia o palco onde estas duas vias da racionalidade humana se encontram e entram em diálogo sem que nessa dialética persista uma confusão entre as argumentações teológicas e as argumentações científicas e sem que estas sejam tomadas como posições irreconciliáveis. Uma visão metafísica e ontológica adequada da realidade e uma compreensão

apropriada da epistemologia são as condições necessárias para a harmonia entre a Fé e a Ciência³. Esta perspectiva conduz a uma antropologia filosófica e a uma visão do homem a partir da qual se pode chegar a uma compreensão razoável da moralidade e da bioética⁴. A associação Biofides não se dirige apenas ao campo médico, mas também aos mundos da educação, da ciência, da sociedade como um todo, e ainda à própria Igreja, onde, infelizmente, parece existir muita indefinição.

Eutanásia

As questões relativas ao “fim da vida” não foram certamente as que mais me interessaram. Como pode um biólogo estar interessado no termo dos fenómenos que estuda: a vida biológica? As origens da vida, a espécie humana no contexto da vida biológica na Terra e no Universo, o seu estatuto ontológico, a sua procriação, o desenvolvimento embriológico, as suas faculdades intelectuais, morais e espirituais, o seu destino eterno muito para além do reino da nossa existência terrena: essas sim, foram as questões que mais me interessaram.

Este fascínio pela Biologia, e, portanto, também pela vida humana, é o que nos faz admitir o que é claramente um mistério: algo que pode ser reconhecido mas que também constitui uma realidade que nos ultrapassa. Nenhum biólogo tem um interesse particular na morte, embora esse seja um tema fascinante para o biólogo. Nenhum médico decidiu estudar medicina para aprender a matar um paciente que lhe é confiado, ainda que a morte seja uma realidade, algo a que o médico tem de dar uma resposta, embora talvez não seja uma resposta que resida exclusivamente nos domínios da Medicina.

Portanto, o tema da morte não pode ser evitado, uma vez que a humanidade parece querer assumir a responsabilidade de fazer o contrário do que seria de esperar de um ser biológico: pôr fim à sua vida... ou existir outra pessoa, com uma bata branca vestida, disponível para o fazer. No passado, uma tal pessoa, esse tal ser biológico, seria considerada mentalmente doente. Hoje em dia, esta posição é respeitada em nome da sua autonomia. Assim, partilharei convosco os meus pensamentos, com base

3 Dominique Lambert: *Sciences et théologie - les figures d'un dialogue*, Edition Lessius, 1999.

4 Peter Kreeft: *A History of Moral Thought* - Modern Scholar Audiobook, 2003.

na realidade de vinte anos de eutanásia legalizada nos Países Baixos e na Bélgica. Fá-lo-ei em três partes: alguns factos sobre a situação real na atualidade, algumas considerações socioculturais e finalmente algumas sugestões para uma estratégia a ser usada pelos católicos nos domínios de exercício da medicina.

Países Baixos e Bélgica

Foi em 2001 e 2002, respetivamente, que nos Países Baixos e na Bélgica as leis que permitem a eutanásia, embora sob condições rigorosas, passaram pelo processo democrático e foram adotadas nos respetivos parlamentos. Desde então, o número de casos - oficialmente registados - de eutanásia e suicídio assistido por médicos (não farei aqui distinção entre os dois) aumentou sempre. Em 2020, foram registados quase 7000 casos na Holanda, um país com 17,4 milhões de habitantes. Esse foi o resultado de um aumento de 9,1%, apenas entre 2019 e 2020, o que não indicia nada de bom para os números de 2021, que, neste momento, ainda não estão disponíveis. Relativamente ao número total de mortes num ano, o número de casos representa cerca de 4,1 por cento.

Na Bélgica, um país de 11,5 milhões de habitantes, em que uma pequena maioria fala neerlandês e uma grande minoria fala francês, os números de mortes registadas em termos médicos foram de 2656 em 2019 e 2444 em 2020, o que representa cerca de 2,5% de todas as mortes por ano. É notável que 77% desses casos foram registados na Flandres, a região de língua neerlandesa da Bélgica, e apenas 23% em Bruxelas e na Valónia, a parte francófona do país. Isto é, a meu ver, uma indicação das diferenças culturais entre as duas partes do país, no qual os flamengos tendem a estar muito mais orientados para o norte, os Países Baixos, enquanto que Bruxelas e Valónia são culturalmente muito mais influenciadas pela França, a sul. Seguidamente abordarei estas diferenças culturais e o seu impacto sobre estes números.

Segundo um estudo do British Medical Journal, cerca de 50% dos casos de eutanásia ou de suicídio medicamente assistido são cometidos ilegalmente, pelo que não estão registados, o que significaria que 8% ou 9% das mortes nos Países Baixos são provocadas intencionalmente por médicos, e que, provavelmente, os números serão semelhantes na Flandres. Isto está completamente de acordo com a opinião pública e com as notícias publicadas nos principais meios de comunicação; isto é, o facto de que a

morte medicamente assistida se tornou uma forma perfeitamente aceitável pela sociedade de acabar com a vida das pessoas. Além disso, existe a perigosa possibilidade de serem acrescentadas novas categorias de pessoas cuja vida pode ser legalmente terminada: não só os doentes terminais com doenças somáticas sofrendo de forma “*insuportável e sem perspectiva médica de sobrevivência*”, mas também doentes psiquiátricos, bebês, e, num futuro próximo, talvez também pessoas que estejam “*cansadas da vida*”, os detidos, e algum dia no futuro, os deficientes... Uma nova palavra apareceu nos meios de comunicação holandeses: “*eutanásiasmo*” uma amálgama de eutanásia e entusiasmo⁵, o que fez a opinião pública e o cidadão comum começar a fazer perguntas sobre a realidade da situação presente. Mas ainda falta bastante - na nossa opinião - para o regresso à ‘*normalidade moral*’ num futuro próximo. A principal batalha jurídica hoje em dia para os médicos e para todos os profissionais de saúde é o direito à sua objeção de consciência.

Algumas considerações socioculturais

A grande mudança sociocultural a que temos assistido desde os anos sessenta é o dramático declínio da prática religiosa, especialmente nos Países Baixos e também na Flandres. Atualmente nos Países Baixos mais de 50% da população afirma não ter qualquer tipo de filiação religiosa - catolicismo, protestantismo, islamismo ou judaísmo - o que conduziu a uma sociedade extremamente secularizada, caracterizada pelo materialismo, relativismo, subjetivismo e pragmatismo. Qualquer filiação religiosa é suspeita de ser ‘fundamentalista’ ou ‘extremista’, especialmente desde o aparecimento do ‘islamismo fundamentalista’, acompanhado do terrorismo. Todas as “religiões orgânicas” são simplesmente ignoradas; não se fazem as distinções entre o catolicismo e o islamismo (fundamentalista), os quais são tomados como equivalentes no discurso público.

Os Países Baixos têm sido dominados por um protestantismo calvinista muito dividido (a Alemanha tem sido dominada pelo luteranismo), o que tem levado ao subjetivismo teológico e moral e ao relativismo, sem a existência de uma autoridade religiosa e moral unificadora, como existe

5 Dessaur, C. L., and C. I. C. Rutenfrans - *Mag de dokter doden? Argumenten en documenten tegen het euthanasiasme* [May the Doctor Kill? Arguments and Documents against Euthanasiasm]. Amsterdam: Querido, 1986.

no catolicismo. A secularização progressiva da sociedade nas últimas cinco décadas conduziu à situação presente, apesar da posição relativamente forte do cristianismo católico no sudeste do país. Na Bélgica, um país fortemente dividido pelos problemas linguísticos e culturais entre os belgas “francófonos” e os belgas “flamengos”, a influência do protestantismo é muito menor. A Flandres permaneceu sempre sob a influência do catolicismo (sob o domínio espanhol, austríaco e francês) e a Bélgica francófona, fortemente sob a influência francesa. As forças seculares vêm especialmente dos “livres pensadores” no seguimento da revolução francesa e da maçonaria regular. Devido aos laços linguísticos, e, portanto, culturais, entre a Flandres e os Países Baixos, nas últimas décadas o impacto da secularização nos Países Baixos na Flandres tem sido enorme. Ambos os países tomaram a liderança da secularização e do relativismo moral na Europa. A maioria das nações europeias parece seguir o seu exemplo, mesmo a Irlanda e a Polónia. Portugal não demonstra ser capaz de escapar a essa tendência.

Revolução sexual

Um aspeto dessa atitude pragmática, mas em alguns casos imoral, é a recusa maciça do ensino na Igreja sobre contraceção, após a introdução da “pílula”. O que é mais materialista e pragmático do que tomar uma pílula para impedir a fertilidade que é entendida como um problema físico? Numa visão materialista do mundo, as objeções morais são difíceis de aceitar na vida diária, ainda que essa atitude de tolerância signifique o predomínio de uma cultura de morte, tal como foi designada por João Paulo II. O uso da pílula do dia seguinte, assim como outras formas de contraceção hormonal, constitui um ato intencional contra a vida, contra um ato de amor que dá origem à vida e contra a dupla finalidade do amor matrimonial. É imoral no seu duplo efeito, mesmo antes de ser abortiva. O uso da pílula do dia seguinte abre a porta ao aborto uma vez que com esta atitude o embrião humano perde a dignidade atribuída ontologicamente a todos os seres humanos. Além disso, se a metodologia utilizada na contraceção falhar, o número de abortos irá aumentar. E se a morte intencional de um ser humano é utilizada como uma solução para os nossos problemas, se pode ser aceite no início da vida humana, porque razão não poderá ser utilizada no fim da vida? Será apenas uma questão de tempo até a eutanásia se tornar aceitável.

Pela utilização sistemática da contraceção, a fertilidade e a procriação separaram-se do amor matrimonial; o prazer sexual tornou-se um objetivo

em si mesmo, sem qualquer outra finalidade que não seja a satisfação pessoal e relacional. Esta atitude sistemática não podia deixar de conduzir à revolução sexual que conhecemos nos anos sessenta e que continua a dominar na nossa cultura. E quando o sexo não tem outro objetivo senão o prazer íntimo pessoal, porquê então limitá-lo a uma pessoa, porquê ainda prometer fidelidade, porquê não com uma pessoa do mesmo sexo? Qual é afinal a importância do sexo biológico? Mudemos o nosso ‘género’ se ‘sentirmos’ que estamos a viver no ‘corpo errado’. *Introduzir a morte como a solução para os nossos problemas, significa a negação simultânea da compreensão biológica básica da nossa espécie e da ética médica.* A revolução sexual destruiu, em grande medida, a ‘Imago Dei’: “*macho e fêmea ele os criou*” (Gen. 1)⁶, e, portanto, - de certa forma - a “*presença real*” de Deus, na forma do casal e da família, dentro da sociedade. O resultado é ‘*uma ausência real*’ - até certo ponto - de Deus na cultura, o que se designa também por secularismo. A eutanásia é apenas um sintoma dessa doença cultural.

Algumas estratégias para os católicos em medicina

Vamos considerar que, também em Portugal, a legalização da eutanásia, parece ser inevitável neste momento⁷. Muitos outros países preparam-se para a legalização, pelo que parece muito difícil, se não impossível, ‘virar a maré’ num futuro próximo. Qual pode ser a nossa atitude em relação a esta realidade? A primeira coisa é: “ultrapassar a situação”, aceitando a realidade tal como ela é. É normal que nós, como católicos, deploremos essa evolução, mas parece-me inútil ficarmos amargurados com ela. Pelo contrário, teremos de nos tornar naquela “*minoría criativa*” (A. J. Toynbee)⁸, que é inventiva em encontrar soluções concretas e fazer propostas benéficas para

6 Papa John Paul II, Michal Waldstein (tradutor): *Man and Woman He Created Them: A Theology of the Body*, Pauline Books & Media, 2006.

7 “Pela segunda vez, o Presidente Marcelo Rebelo de Sousa de Portugal rejeitou um projeto de lei que teria legalizado a eutanásia e suicídio assistido no país. É agora pouco provável que o Parlamento possa anular o veto do Presidente antes das eleições dos novos membros do Parlamento, no final de janeiro de 2022.” <https://www.liveaction.org/news/president-portugal-rejects-euthanasia/>

8 A frase, que Bento XVI utilizou durante vários anos, vem de outro historiador inglês Arnold Toynbee (1889-1975). A tese de Toynbee era que as civilizações entraram em colapso principalmente devido ao seu declínio interno e não a agressões externas. “Civilizações”, escreveu Toynbee, “morrem por suicídio, não por homicídio”. <https://catholicexchange.com/benedict's-creative-minority/>

a sociedade, oferecendo soluções alternativas, tanto no local de trabalho, como na sociedade, em vez de uma atitude profundamente negativa.

A nossa presença criativa na sociedade deve concentrar-se em três níveis de atividade humana: fé, razão e prática. Situações adversas são sempre um convite para um católico aprofundar a sua fé. Isso significa renovar a nossa relação pessoal com Jesus Cristo, através da oração pessoal e da adoração eucarística, e uma vida sacramental profundamente vivida. E isto nunca deve ser feito sozinho, mas em algum tipo de comunidade. Portanto, a missa dominical pode não ser suficiente e a participação num grupo de oração ou comunidade de fé parece-me um pré-requisito para o crescimento espiritual e o fortalecimento anímico. A orientação pessoal de um padre, ou de um guia espiritual experiente e digno de confiança, pertence às nossas necessidades básicas para uma vida profundamente enraizada em Cristo, ‘sem Quem nada podemos fazer (João, 15,5)’. É através da oração e da vida em Cristo, que o próprio Deus pode agir através de nós pela criatividade do seu Espírito Santo. Seria arrogante pensar que nós, seres humanos, podemos resolver os nossos problemas por nós próprios. Isso seria uma forma de Pelagianismo⁹, como se não precisássemos realmente da graça de Deus. Por outro lado, podemos fazer muito se fizermos o que Deus nos inspira a fazer, guiando-nos pela sua Providência. Como um instrumento nas mãos de Deus podemos “mover montanhas”. Portanto, não percamos a esperança, nunca nos resignemos com o que Deus quer de nós e sejamos Seus verdadeiros discípulos.

Outro aspeto da nossa vida de fé é a compaixão, a caridade que vai ao ponto de amar os nossos inimigos. E numa sociedade pós-modernista, como nos Países Baixos, temos muitos “inimigos”, nas nossas famílias, bairros, e colegas de trabalho, pessoas que abraçaram convicções e práticas, ou opiniões políticas, que vão diretamente contra as nossas crenças religiosas e morais. Devemos amá-los de todo o coração e distinguir entre a pessoa e o seu modo de vida. Odiar o pecado, mas nunca o pecador. Discernirmos as razões pelas quais alguém não é contra a eutanásia, sermos compreensivos e sem julgamento, e sermos pacientes uns com os outros. As pessoas, incluindo nós próprios, precisam de tempo para chegarem a outras conclusões. Deus é paciente connosco. Sejamos pacientes com os nossos contemporâneos.

9 O Pelagianismo é uma posição teológica cristã heterodoxa que defende que o pecado original não manchou a natureza humana e que os humanos têm o livre arbítrio para alcançar a perfeição humana sem a graça divina.

Como católicos, somos chamados a ser testemunhas daquilo em que acreditamos: o Deus da vida e do amor. Isto significa um amor sobrenatural pelo mundo em que vivemos, os nossos colegas, os membros da família e até mesmo os nossos políticos! Precisamos da unção de Deus, por isso renovem-se na graça da nossa confirmação: o dom do Espírito que tem dado tantos frutos, nas últimas décadas e na história da Igreja. O Espírito Santo, a pessoa mais negligenciada da Santíssima Trindade, dá-nos a força para permanecermos fiéis, a percepção daquilo em que acreditamos e o porquê, o amor que precisamos pelo nosso próximo, e a coragem para sair, “sair do armário”, e dar testemunho da nossa fé de uma forma atrativa e convincente para os outros. Como médicos também somos chamados a ser apóstolos.

Um segundo nível de atividade humana diz respeito à razão, às nossas capacidades intelectuais. É minha experiência, embora vivendo num país onde a eutanásia se tornou legal há vinte anos, que ainda preciso de aprofundar a minha compreensão sobre a razão pela qual isso é imoral, o porquê - por exemplo - da “morte por misericórdia” ser uma noção falsa, ou que argumentos podem ser utilizados no nosso diálogo com contemporâneos que pensam (e agem) de outra forma. Por exemplo, porquê limitar a nossa argumentação aos aspetos imanentes da questão do fim da vida: o sofrimento insuportável, a chamada “qualidade de vida”, e os perigos da possibilidade de acrescentar novas categorias de pessoas. Porque não introduzir também a noção de transcendência na natureza humana, o que significa que se uma pessoa tiver uma “alma imortal”, a eutanásia poderia ter consequências no que se chama “vida após a morte”. E isso não só para os católicos que acreditam na vida após a morte, mas também para aqueles que não acreditam em nada “antes da morte” que transcenda a vida humana. Se a imortalidade e a vida após a morte forem reais, os ateus também terão uma vida depois de falecerem. Os milhares de testemunhos sistematicamente documentados, ao longo das últimas cinco décadas, de “*experiências de quase morte*” parecem “*provar*” que esta não é apenas uma realidade da existência humana, mas que a morte vem também com uma avaliação da forma como temos vivido as nossas vidas antes da morte ocorrer. Estes testemunhos mostram que a eutanásia não é ‘recomendada’¹⁰. Será moralmente aceitável que limitemos a nossa argumentação à vida antes da morte, ao imanente, como se a vida após a morte e as possíveis consequências intemporais para a eutanásia não

10 Dr. Patrick Theillier: *Expériences de mort imminente - Un signe du ciel qui nous ouvre à la vie invisible* - Edition Artège, 2015.

existissem? Preciso de ser padre ou teólogo para fazer esta afirmação? Não será suficiente a minha própria catolicidade, como batizado cristão e médico, embora admita imediatamente que a vida após a morte está fora da minha competência como médico? Não é uma argumentação (da razão e não da fé) que precisa de ser considerada?

É o conhecimento da nossa fé e a nossa compreensão da sua razoabilidade, que, no final, convencerá. Precisamos de compreender os pontos de partida teológicos e filosóficos básicos e os nossos princípios éticos, e não apenas a nossa especialidade médica. Na base de uma ética médica razoável está uma antropologia adequada para descrever toda a natureza humana, de cada ser humano: uma pessoa, constituída pelo material e pelo espiritual. E escusado será dizer que precisamos de nos aperfeiçoar nos conhecimentos e competências médicas.

Em termos práticos: os médicos católicos nos Países Baixos falam de *'resistência criativa'* quando se trata de situações moralmente desafiantes. O apelo à objeção de consciência parece ser a pedra angular da sua oposição à eutanásia e a outros atos morais repreensíveis. Isto pode, e deve, ser acompanhado pela abstenção de qualquer julgamento aos nossos colegas e do poder do exemplo: nada menos que a santidade.

O amor e a verdade andam juntos, no comportamento cristão. Não há verdade sem amor *'pelo vosso inimigo'*. Não há amor pelos colegas, ao disfarçar completamente a verdade. É um exercício diário para conciliar as duas coisas. Tal como mencionado anteriormente é também muito importante a distinção entre a pessoa e as suas crenças e práticas. Nunca julgue a pessoa, julgue apenas a opinião ou a prática. *'Estar certo'*, teológica ou moralmente, nas suas convicções é fácil. Conseguir que a outra pessoa admita que temos razão, *'ter razão'* se assim se pode dizer, é muito mais desafiante. Requer muita oração, amor, discernimento em como falar ou agir numa determinada situação, muito amor e paciência com o outro, e, mesmo assim, talvez falhemos. Um médico cristão é como qualquer cristão, *"no negócio de"* testemunhar, não de convencer. Respeitamos a liberdade que Deus deu à outra pessoa, mesmo que seja para acreditar nas coisas mais imorais. O nosso testemunho é um testemunho de palavras e atos. Nada pior do que o discurso de um católico que não é confirmado pelas suas ações e - especialmente - pelas suas reações. Um verdadeiro cristão é reconhecido pelas suas reações, não pelas suas ações. É a isso que chamam santidade. As nossas convicções devem *'encarnar'* e tornar-se atitudes, para então serem chamadas virtudes.

No caso de exigência de eutanásia, a relação interpessoal com o paciente é a chave para a compreensão da “*questão por detrás da pergunta*”: medo da dor, solidão, abandono, etc... Os médicos católicos dos Países Baixos também alertam para o perigo de serem instrumentalizados pelo paciente, pela sua família ou mesmo pelo hospital. A nossa resistência criativa pode ser dura. Não esqueçamos que o testemunho no Novo Testamento está muitas vezes ligado à realidade do martírio. Seria uma ilusão se pensássemos em testemunhar apenas em termos de dar um bom exemplo. Testemunhar vem com sofrimento, e em alguns casos pode custar tanto como a sua missão. Portanto, sejamos realistas, não ingénuos, mas também não tenhamos medo. No meu caso, como professor de biologia, as minhas crenças tiveram grandes consequências, pois mesmo as escolas católicas queriam que eu ensinasse contraceção. No final, tive de desistir da minha carreira como professor. Hoje falo-vos, médicos e estudantes de medicina, numa Faculdade de Medicina Católica. Os nossos caminhos nem sempre são os caminhos de Deus.

Assim, o meu ponto de vista é que se queremos mudar a cultura e a política, devemos começar por nos mudar a nós próprios. Cinco décadas de secularização radical vividas nos Países Baixos e na Bélgica!... Foram precisos 300 anos para cristianizar o Império Romano. Portanto, teremos de nos esforçar, mas também de ser pacientes. Os nossos filhos, disse-me um padre americano na Bélgica, colherão os frutos do nosso esforço. Portanto, não percam a esperança e não deixem que a provável legalização da eutanásia, se não conseguirem impedir a sua aprovação, vos roube a vossa alegria: a alegria que têm em ser filhos de Deus e - esperemos, - excelentes médicos.

Lisboa, 09 de outubro de 2021

Leitura recomendada: Timothy Devo, “Euthanasia: Searching for the full story. Experiences and Insights of Belgian Doctors and Nurses

O livro oferece uma nova análise crítica da eutanásia e é escrito por profissionais de saúde na Bélgica - onde a eutanásia é legal há 20 anos. Proporciona uma abordagem multidisciplinar com contribuições de hematologistas, psiquiatras, médicos de cuidados paliativos, enfermeiros e de um especialista em ética. Apresenta lições aprendidas com a aplicação de leis em países que legalizaram a eutanásia. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-56795->

MULTIDÕES, SOLIDÕES E PEDRAS A LOUVAR EM SEMANA SANTA

Aires Gameiro¹

Numa visita à Normandia, França, acompanharam-me a conhecer o Mont-Saint Michel. Uma maravilha de arte em pedras e paisagem. O mosteiro já fora abrigo de oração e contemplação; um belo quadro de arte em pedra com assembleias a entoar orações e cantos litúrgicos. Agora estava transformado em espaços de turistas a contemplar belas pedras silenciosas. Quarenta anos depois tornei a visitá-lo. Observei com agrado um ângulo com capela artística e dois genuflexórios com duas pessoas a orar em silêncio diante do Santíssimo. Num mosteiro no norte de Paris só vivia um monge e um candidato a dar vida de oração às pedras. Há, contudo, grandes multidões a louvar a Deus em igrejas e fora delas; e outras, em silêncio ou destruídas.

Os relatos diários de cidades e guerras lembram cenas destas semelhantes às narradas na Semana Santa. A multidão de Jerusalém no Domingo de Ramos entoa cântico de hossana ao Filho de David; na Sexta-Feira Santa, outra multidão grita: mata-O, mata-O! Nem faltam momentos de solidão e silêncio: no Jardim das Oliveiras, Jesus ora só e os três que estão mais perto, dormem. Junto à cruz são poucos os que estão presentes. No silêncio contemplativo cheio de sentido, ouve-se o centurião e Jesus na Cruz a dizer e rezar as palavras mais significativas alguma vez pronunciadas.

¹ Sacerdote da Ordem Hospitalreira de São João de Deus. Licenciado em Teologia e em Psicologia e doutorado em Teologia Pastoral da Saúde.

Também nesta guerra da Ucrânia, não faltam multidões, solidões e pedras caídas em silêncio. Multidões que fogem por medo, multidões que rezam nas igrejas, que enchem autocarros e comboios. Gente com medo, como os apóstolos quando Jesus é preso, ou já na casa de Caifás com Pedro, junto da fogueira; muitos assustados e receosos que se afastam do Calvário. Muito sofrimento e dor! Multidões nos subterrâneos das cidades da Ucrânia, em oração, aflitas, a chorar os seus maridos e filhos mortos nas casas bombardeadas e reduzidas a pedras caídas como as do Templo de Jerusalém no ano 70. Nem faltam pessoas em dor a invocar aflitas a Virgem Maria. São Vladimiro converteu-se ao cristianismo em 988 e cristianizou Rus(sia) de Kiev, no século X. E, em 1037, o país terá sido o primeiro a ser consagrado à Mãe de Deus por Yaroslav, como Ela lembrou em 1987 a Marina Kyzin, de 12 anos, em Hrushiv, em que veio consolar o povo dos oitenta anos de sofrimento e escravatura do comunismo messiânico, sem Deus e sem Jesus Cristo, que já terá sido anunciado em 12.05.1914 de que perderia a independência, mas não a fé. Foi em 24 de agosto de 1991 que recuperou a independência; e agora luta para não perder de novo.

Onde estão hoje as multidões com Jesus Cristo e as multidões de uma nova ordem sem Ele? Mais na Rússia? Ou mais no Ocidente? As que estão com Cristo ouvirão, sempre de novo, a sua resposta dada aos fariseus: se os meus discípulos calarem os meus louvores até as pedras gritarão hossana ao Filho de Deus. Nos últimos tempos mais igrejas, em silêncio, cantam os louvores dos mártires e dos fiéis dos séculos passados. Até as pedras das igrejas destruídas pela Revolução Francesa e pela Rússia comunista, sem Deus, cantam hossanas silenciosos ao Filho de Deus, “destruído” na cruz, mas ressuscitado ao terceiro dia. Na Páscoa somos convidados a meditar nas suas palavras de esperança perante todas as solidões, dores e mortes. Jesus dirá sempre, mesmo em igrejas vazias e de pedras caídas, por medo e falta de fé: “não temais, pequeno rebanho”. E sua Mãe que não teve medo de estar junto da Cruz, em dor e quase só, aceitou do seu Filho Jesus as multidões de filhos: “eis o teu filho”. E não nos abandona, mesmo quando o diabo, já de cabeça esmagada pelo seu pé, ainda mexe. Ela continua a prometer a conversão da Rússia Comunista a Deus e à única Igreja católica e apostólica; e o triunfo do seu Imaculado Coração (cf. vídeo de Álvaro Mendes. Lucas Lencastre e Taiguare Fernandes - Centro Dom Bosco). Quando? Como? Nossa Senhora pede confiança e a reza do terço, não diz quando será.

Vivemos em tempos de paixões dos homens que podem levar a fazer bem por amor e a fazer mal por ódio. A Paixão de Cristo é sempre de amor.

Infelizmente, muitos sofrimentos e tormentos que afligem a humanidade, com guerras e contra-guerras de ódio, armas e morte, devem-se às paixões dos homens. A Semana Santa convida a apaixonar-nos pelo bem e pela paz entre todos os irmãos. Até os gentios (podem) dar glória a Deus pela sua misericórdia (Rom 15, 8.9). E convida a dizer como Jesus na cruz: Pai, perdoa-lhes, (perdoa-nos) porque não sabem o que fazem. ²

Semana Santa, 10-16 de abril de 2022

² (cf. <http://www.divinemysteries.info/our-lady-of-the-ukraine-hrushiv-ukraine-1914-and-87/> (em 13.04.2022).

ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL

António Gentil Martins ¹

Ao falar de envelhecimento ativo e saudável cumpre-me frisar que a defesa da nossa saúde e daí também a nossa longevidade saudável começa por nós próprios. A duração da vida humana é e será sempre limitada muito embora a consigamos prolongar. Por outro lado, o envelhecimento, sendo natural, constitui sempre um problema médico, social económico e político.

É um facto indiscutível que a nossa longevidade depende em grande parte de fatores de ordem genética de que é exemplo o caso da vida dos gémeos verdadeiros. Famílias existem nas quais a tendência global é para que os seus membros tenham uma vida mais longa e outras em que geralmente a morte é mais precoce. Certas patologias têm uma carga genética mais marcada e atualmente bem conhecida, como é o caso de certos tipos de cancro, da diabetes do tipo II, de certos tipos de hiperlipidemias, de algumas doenças mentais, da coreia de Huntington e da paramiloidose do tipo português (ou doença dos pezinhos). Porém, se na tão fundamental carga genética não podemos diretamente interferir, já o mesmo não se poderá dizer quanto ao meio ambiente, à alimentação e aos nossos comportamentos.

Ao longo da vida humana assistimos a uma evolução fisiológica da maturidade à senescência, de que é exemplo o facto das feridas cicatrizarem muito mais rapidamente nas crianças do que nas pessoas de maior idade.

¹ Médico cirurgião pediatra e cirurgião plástico. Antigo Bastonário da Ordem dos Médicos (1977-1986). Antigo Presidente da Associação Médica Mundial (1979-1983).

Outros exemplos constituem a diminuição progressiva da atividade do sistema nervoso central e do sistema endócrino (nomeadamente da hipófise, das glândulas sexuais e da tiroideia), e o aparecimento da aterosclerose (aliás um mal parcialmente evitável já que surge como um conjunto de alterações cuja manifestação é possível influenciar).

A senescência não é mais do que as modificações morfológicas, fisiológicas e psicológicas, conseqüentes à ação do tempo... A modificação que ocorre nos organismos vivos ao longo da sua vida, os quais tendencialmente vão perdendo parte das suas capacidades, constitui um fenómeno natural. A longevidade humana é a evolução natural possível, a qual, no entanto, podemos encurtar pelos nossos comportamentos, ficando, assim, aquém dos previsíveis cem anos ...

A saúde... é preciso merecê-la e ganhá-la todos os dias!...

No momento atual tem-se observado um aumento da esperança de vida humana à nascença face sobretudo aos avanços da Medicina e às melhores condições de vida das populações com o progresso económico e social, nomeadamente nos países ditos desenvolvidos. E, se não podemos dar aos velhos o rejuvenescimento, posto que se trata de uma natural evolução da vida humana num processo que todos reconhecemos como irreversível (não existe um idealizado “elixir da longa vida”), poderemos, pelo menos, dar-lhes uma vida mais longa, melhor, com maior conforto e felicidade.

A Gerontologia constitui hoje uma especialidade médica bem individualizada (com a sua patologia própria nos níveis físico, fisiológico e mental). Esta disciplina médica tornou-se bem necessária face ao aumento galopante da longevidade humana num mundo com insuficientes índices de natalidade por razões de vária ordem.

E é óbvio que devem prever-se problemas económicos e sociais resultantes, nomeadamente, de existirem poucas pessoas a trabalhar e a produzir ... e muitas outras como beneficiárias da produção...! Considero, por isso, essencial num futuro já próximo, flexibilizar a idade da reforma, por muito que desagrade a muita gente, nomeadamente aos sindicalistas, condicionando a idade da reforma aos desejos das pessoas e à sua idade fisiológica, psicológica e profissional, a única que verdadeiramente se refere às características e às circunstâncias individuais de cada pessoa. É claro que uma habitação de T2, talvez a única que poderá estar ao alcance de um casal jovem comum, certamente não favorecerá a coabitação familiar e nem sequer a natalidade que será tão importante promover...

As doenças crónicas e o cancro serão seguramente mais prevalentes nas sociedades contemporâneas em razão do aumento da esperança de vida,

situações em que a presença do médico de família é insubstituível, impondo-se a vigilância clínica regular. Importará realçar, nomeadamente no caso do cancro, a importância dos rastreios das suas causas mais frequentes, já que um diagnóstico precoce melhora extraordinariamente as possibilidades de cura da doença. Tudo isto, contudo, sem cair na frase jocosa do Dr. Knock ao referir que *“toda a pessoa sã é um doente que se ignora...”*

Há a considerar o cancro da mama (pelo autoexame mensal, pela ecografia e pela mamografia bianual após os 45 anos, ou mesmo anual se existirem fatores de risco), do útero (pela citologia cervicovaginal cada 3 anos), do cólon e recto (pela pesquisa de sangue oculto nas fezes e a eventual colonoscopia) e da próstata (pela observação clínica e pela pesquisa do antígeno correspondente, o PSA).

Também não poderemos esquecer a vacinação, que de há muito tem o seu plano nacional instituído para as crianças. Não poderemos esquecer, também, a vacinação contra as doenças respiratórias mais comuns nas pessoas da terceira idade quando se aproxima o Inverno e o frio.

Na atualidade cada vez há mais consciência do risco familiar de base genética das malformações congénitas e de outras doenças como o cancro, tendendo-se para o exercício de uma vigilância médica mais personalizada. Contudo, os avanços nessa vigilância estão condicionados pela capacidade financeira do sistema de saúde e pelas opções da sociedade através das decisões daqueles que elegeu para governar face aos recursos de que é possível dispor.

Há anos atrás, em França, gastava-se mais em automóveis do que em medicamentos; e nos Estados Unidos mais se consumia em cosméticos!.... Aos médicos, porém, competirá sempre prioritariamente racionalizar a sua ação e facultar às pessoas o máximo que os recursos disponibilizados permitem, de acordo com os princípios da justiça e da equidade. Dizer que se dará sempre tudo a todos é certamente demagógico e falso, pois embora constitua um ideal desejável, todos sabemos que não se não poderá distribuir aquilo que se não tem.

Não podemos esquecer que uma população saudável, para além de ser mais feliz, vive durante mais tempo e produz mais e melhor. A saúde é fundamental para o desenvolvimento económico. Constituiria um erro grave considerar os cuidados com a saúde, nos seus vários níveis (educativos, preventivos, curativos, de reabilitação e cuidados continuados) apenas como um ónus ou uma despesa e não como um investimento.

O que cada país poderá facultar aos seus cidadãos nos domínios da saúde, dependerá sempre das opções políticas e das condições económicas,

tudo isto sem esquecer que a saúde, como deixámos dito, depende de múltiplos fatores dos quais talvez as condições de prestação dos cuidados ditos curativos não sejam os mais importantes. Existe certamente uma hierarquia de opções condicionada fortemente pelos recursos existentes. Parece evidente que nas circunstâncias em que se aplicam poucos recursos nos cuidados de saúde, apenas os cuidados básicos se poderão assegurar com universalidade. Seria irrealista e pouco sério admitir nessas circunstâncias que se daria sempre tudo a todos, nomeadamente a utilização dos meios mais eficientes e mais eficazes de prevenção e tratamento das doenças. Nalguns países do terceiro mundo, no âmbito da prestação dos para a saúde apenas se tem como objetivo facultar à população a alimentação suficiente, a água potável, o saneamento básico, os cuidados primários e a vacinação. Apenas a pouco e pouco se poderá passar destes cuidados básicos para os cuidados mais diferenciados, já que outras medidas mais eficazes no sentido da promoção da saúde e na luta contra as doenças serão economicamente insuportáveis.

Embora se admita generalizadamente que todos os membros das comunidades humanas deveriam ser iguais no acesso aos direitos e aos bens fundamentais, a verdade é que a justiça social não se cumpre por se dar o mesmo a todos. Cumprir-se-ia se fosse possível facultar a todos, pelo menos, a satisfação das necessidades básicas... E as oportunidades de acesso aos bens acima dessas necessidades fossem atribuídas de acordo com o esforço de cada um aplicado na construção do bem comum...

Admitimos que nenhum sistema de saúde será verdadeiramente válido se não der às pessoas a liberdade de escolher o profissional ou a instituição disponível da sua preferência, já que é da relação doente-médico que pode ter concretização a melhor prática da medicina. Acresce que, quando existe confiança recíproca são consumidos menos recursos em exames e em tratamentos. É clássica a ideia de que muitas vezes, *“é mais eficaz uma boa palavra do que a toma de um comprimido...”*

Referindo-me aos jovens, aceita-se que existe nesta idade uma natural tendência para se criar uma individualidade própria e para manifestar a sua independência em relação às gerações anteriores. Contudo, nem sempre esta atitude se concretiza da maneira mais adequada. Uma das formas de manifestar a independência é a alteração do estilo de vida relativamente ao dos progenitores. Mas antes de ser feita uma livremente uma escolha importará a responsabilidade de estar informado das consequências das atitudes que se assumem e nas repercussões futuras dos comportamentos. Neste ponto, o grande segredo para o bom êxito é a moderação evitando os excessos.

As políticas sociais adequadas são fundamentais na proteção da saúde dos que vão tendo uma vida mais longa. Também prefiro não usar a palavra “velhos” e substituí-la pela palavra “séniores” ou pela expressão “pessoas mais experientes”. Vale a pena recordar a frase de alguém de grande valor e avançado na sua idade que dizia “*não ser suficientemente novo para saber tudo*”. Desde sempre, mesmo nos povos ditos primitivos, se procurou ouvir os mais velhos porque eram considerados os mais sábios. Na realidade, muito da sabedoria e dos conhecimentos nasce da experiência e não do que se lê nos livros.

Constitui um facto bem conhecido que nas sociedades ditas evoluídas as pessoas de mais idade se encontram cada vez mais marginalizadas. No entanto, bem se sabe que nesse período da vida, ao contrário, as pessoas precisam ainda de ter mais apoios interpessoais dos que os rodeiam. Bom seria poder ser evitado o recurso a “lares da terceira idade” permitindo às pessoas idosas viver os últimos anos das suas vidas no seio das suas famílias, junto daqueles a quem se ama, e não co-habitando em condições precárias de isolamento numa anónima cama de um hospital ou de uma instituição de acolhimento.

É fundamental promoção do apoio domiciliário sempre orientado para a prevenção dos riscos aos quais estão mais expostas as pessoas idosas. Também aqui o voluntariado social é de um incalculável valor, tornando-se imprescindível não só para garantir os cuidados básicos de higiene e todos os outros, mais ainda e sobretudo para manter o relacionamento interpessoal de que todo o ser humano tem absoluta necessidade. Como é evidente, nas circunstâncias em que há necessidade absoluta de manter numa instituição as pessoas de maior idade porque a sua família não tem condições para as apoiar devidamente, deverão sempre estar assegurados os adequados cuidados médicos e de enfermagem.

A chamada velhice é também um estado de espírito no qual os maiores perigos são o desinteresse e a solidão. Para ultrapassar esses estigmas importa manter um convívio social ativo e até útil aos outros, de que exemplo o voluntariado; importa manter múltiplos interesses, procurar fazer o que se gosta e, sobretudo, procurar viver projetos e perspectivas de ações futuras.

Poderá até acontecer que, ao atingir o momento final da vida terrena que a todos nos espera sem exceção, cheguemos à conclusão de que passámos por ela, a nossa velhice, sem nos termos dado disso conta. Pelo contrário, a longevidade pode permitir estilos de vida mais agradáveis e felizes, com uma convivência amigável, uma alimentação adequada e a prática regular do exercício físico lúdico que podem ser mais saudáveis e mais económicos

do que a toma sistemática de medicamentos para prevenir os fatores de risco das doenças mais prováveis nos idosos.

A longevidade depende em grande parte do ambiente em que vivemos, sobretudo da nossa alimentação e do nosso estilo de vida. Saber envelhecer, no de cada um de nós depende, começa por aí. A velhice não é mais do que a ponta final da nossa existência física humana. Saber envelhecer começa por saber ser-se criança (o que também depende a nossa educação), depois por saber ser-se um jovem saudável, por conhecer-se como um adulto preparado para uma integração na vida social e profissional, e depois manter-se ativo, presente e atento ao que o rodeia nos períodos mais avançados da vida.

É, sobretudo, nesta última fase, que é necessário preservar-se a autonomia sem, no entanto, deixar de reconhecer e aceitar, sem derrotismos e frustração, as naturais limitações que, em maior ou menor grau, todos teremos, dia após dia, de enfrentar mais cedo ou mais tarde.

Por outro lado, conscientes de que a ocorrência de doenças nem sempre dependem do nosso comportamento, teremos que procurar evitar as causas acidentais das doenças. Os traumatismos motivados por uma condução viária perigosa, com excessiva frequência são da nossa inteira responsabilidade. Um acidente de viação, mesmo que não provoque a ocorrência de mortes, pode provocar incapacidades e poderá condicionar em maior ou menor grau a nossa velhice ou mesmo impedir uma vida mais longa.

A nossa vida futura está marcadamente condicionada pela nutrição que constitui um dos fatores mais importantes para o desenvolvimento muscular e esquelético, mas também e ainda para o desenvolvimento mental e cerebral. A nutrição tem a maior importância nos dois primeiros anos de vida. Estudos recentes demonstraram que o desenvolvimento das células cerebrais e das suas ligações são deficitários nas crianças que passaram fome ou desnutrição relativamente às que foram corretamente alimentadas. Este facto irá ter consequências nas suas vidas futuras. E também não deveremos esquecer a alimentação da mãe durante a gravidez como sendo a garantia de um normal desenvolvimento do feto e as indiscutíveis vantagens do aleitamento materno nas primeiras fases da vida extrauterina.

Os hábitos de vida saudáveis, equilibrando a ingestão de alimentos com a atividade física da vida diária, evitam muitas doenças e garantem não só uma vida mais longa, mas, sobretudo, uma vida mais equilibrada e saudável. O exercício consome calorias e tonifica os músculos, combatendo o excesso ponderal e a obesidade. Não se deve comer demais apenas porque é bom e sabe bem!...

Os portugueses têm sorte de viver com a dieta dita mediterrânica e será avisado que se evitem os novos ventos da vulgarmente designada “comida de plástico”. Estudos feitos em Espanha, demonstraram recentemente uma menor incidência de malformações congénitas nos filhos de mães que durante a gravidez utilizaram sistematicamente a dieta mediterrânica.

É bem sabido que devemos restringir o consumo de sal na nossa dieta. Segundo a OMS o consumo diário de cloreto de sódio na alimentação não deve exceder os 5 gramas diários. Bem melhor será utilizar condimentos saudáveis e tradicionais, como os temperos vegetais e até as especiarias como a pimenta e o caril. Importa reduzir o excesso de açúcar, diminuindo o consumo de doces, bolos e mel, assim contribuindo para combater a obesidade e a diabetes. Importa reduzir o consumo global de álcool, o qual em excesso é o responsável por várias doenças em múltiplos sistemas orgânicos. Importa reduzir o consumo de “carnes vermelhas e gordas” dando preferência à carne das aves e ao peixe.

Importa reduzir o consumo de gorduras saturadas, geralmente de origem animal, como a manteiga, a banha e o toucinho, e substituí-las por gorduras poli-insaturadas como o nosso excelente azeite, sem poder esquecer que qualquer excesso de gordura, pelo seu poder calórico, tende poderosamente a fazer aumentar o peso. A obesidade, além de inestética, constitui um significativo fator de risco para a hipertensão arterial e sobretudo para a manifestação da diabetes do tipo II.

É recomendável comer diariamente sopas de legumes e de hortaliças, beber água, comer vegetais frescos, saladas e frutas. As refeições devem ser calmas, mastigando bem, sempre que possível em ambiente calmo e descontraído.

O ambiente que nos envolve é um fator essencial da longevidade. Importa reduzir ao mínimo a exposição a produtos químicos e a resíduos tóxicos, procurando reduzir a poluição em geral e particularmente a poluição atmosférica, causa de múltiplos problemas respiratórios. O papel dos médicos é fundamental como conselheiros privilegiados (embora certamente não os únicos) e deve ser incentivado. A Associação Médica Mundial tem um programa específico para incentivar os médicos a envolver-se colaborando na defesa geral do ambiente e na prevenção das suas nefastas consequências. É bem sabido que o aquecimento global é uma realidade e também que, quer o calor quer o frio extremos do ambiente, provocam um considerável aumento da mortalidade.

A vida no campo, da qual muitos tendem a fugir, é muito mais saudável do que nas cidades. Estudos rigorosos vieram demonstrar que a contagem

do número de espermatozóides é maior nos homens que vivem no campo, pelo que estes seriam seguramente mais férteis. Assim, quem vive no campo e longe da poluição das cidades será provavelmente mais fértil.

É evidente que já nem deveria ser necessário falar dos perigos do consumo da inalação do fumo do tabaco. Sabemos que o uso do tabaco, iniciado, em regra, nos verdes anos e na atualidade tendendo apenas a aumentar no sexo feminino, encurtará a vida dos grandes fumadores em cerca de 8 a 10 anos, sendo uma das causas mais importantes para o cancro do pulmão. Além disso, contribui poderosamente para a insuficiência respiratória, para a angina de peito, para o enfarte do miocárdio e para a insuficiência cardíaca. Ou seja, para um envelhecimento pouco saudável, mais curto e certamente menos ativo. Também o uso de drogas pode ser uma causa de mortes prematuras, de violência e de suicídio.

A doença aterosclerótica é a causa mais frequente de morte dos portugueses. Também é em parte evitável. É a causa principal de muitos problemas, nomeadamente cardíacos (como a angina de peito e o enfarte do miocárdio), cerebrais (como os acidentes vasculares cerebrais) e renais (como a esclerose e a insuficiência renal). São bem conhecidos os fatores de risco da aterosclerose: o colesterol elevado e em geral as hiperlipidemias, a diabetes, a hipertensão arterial, a obesidade, o tabaco e o sedentarismo.

A hipertensão arterial, embora, por vezes, dita com essencial por não se conhecer a sua causa, é responsável por acelerar a doença aterosclerótica por se admitir que atinge uma enorme percentagem de pessoas supostamente saudáveis, sendo por isso desejável ser avaliada periodicamente em todas as pessoas adultas.

O Professor Paul White, médico cardiologista de prestígio mundial, costumava dizer que a morte antes dos 80 anos é culpa dos homens e não da natureza. Certamente, na data de hoje referir-se-ia aos 90 anos...

Nas idades mais avançadas somos todos mais sensíveis ao calor e ao frio, facilitando o aparecimento de doenças respiratórias provocadas por vírus como a gripe (e a presente pandemia do COVID-19), atualmente minimizadas sobretudo pelas possibilidades da vacinação. As condições atuais da vida humana, as facilidades de comunicação, a vida gregária nas cidades, as condições de habitação, constituem importantes condicionantes da saúde, valendo a pena lembrar as vantagens de abrir as janelas por algum tempo todos os dias para permitir a renovação do ar dentro das casas.

Os flagelos das doenças sexualmente transmissíveis com especial relevo para a SIDA, não só arruína muito da nossa juventude com

impedirá que muitos venham a atingir a plenitude das suas potencialidades, assim impedindo ou contrariando as possibilidades de uma vida mais longa e mais saudável. Acresce que, ao contrário do que dizem as campanhas publicitárias, o preservativo está longe de ser seguro já que, segundo estudos insuspeitos da OMS, falha em cerca de 10 % dos casos em impedir a transmissão das doenças mais comuns. É, pois, indispensável uma educação sexual escorreita, com base na família natural, no sentido da orientação dos comportamentos tentando evitar a promiscuidade sexual.

Os hábitos de vida saudáveis, como a prática do exercício físico e do desporto, são uma importante alternativa às longas noites perdidas em clubes de dança loucamente barulhentos e tantas vezes causa de surdez precoce, para além da existência de um perigo real, sobretudo em jovens com tendência para a epilepsia. Embora seja recomendável e mesmo essencial para uma boa saúde a prática do exercício físico (no mínimo andando bastante a pé) importa, no entanto, não ultrapassar as capacidades físicas de cada um. Pelo exercício físico adequado evita-se a obesidade, que, como referimos, é promotora do risco de contrair muitas outras doenças. É igualmente essencial evitar situações de grande perturbação emocional e por isso se diz que rir é o melhor remédio... Há que procurar “relaxar” e dormir suficientemente (o que é bastante variável de pessoa para pessoa).

Importa não esquecer que é igualmente importante não deixar de deixar de exercitar o espírito, mantendo a maior autonomia pessoal possível. Por isso, é essencial estar desperto todos os dias, procurar ler e trabalhar. Nomeadamente no trabalho do voluntariado e na participação no bem comum. Ser prestável aos outros acaba também por ser muito útil a cada um de nós. É importante a promoção de atividades recreativas e de lazer, estabelecer contactos na comunidade em que estamos incluídos, em particular dentro da família e entre as famílias, com os vizinhos e os amigos de sempre.

Todos sabemos que as condições de habitação e de vida atuais, nomeadamente com a presença nas atividades profissionais de ambos os membros do casal tornaram a vida dos membros da chamada terceira idade mais difícil. Contudo, não deixaram, porém, ainda de a tornar mais relevante no contexto familiar. Embora não podendo (nem tão pouco devendo) substituir-se aos pais na presença e na educação dos filhos, os avós podem ser de uma enorme importância na presença junto dos netos, os quais sempre retribuirão sob múltiplas formas de estímulos

emocionais e afetivos que a presença dos avós lhes proporciona. A presença junto dos netos constitui um contributo muito importante para a saúde mental dos avós, nomeadamente mantendo-os motivados, ocupados e despertos para a vida nascente e renovada. Recordo um colega que se deslocou ao Egito me ter contado da surpresa que o guia que se integrou no grupo turístico manifestou quando lhe falaram da quantidade de lares para os idosos que havia em Portugal. No seu país isso seria impensável e impossível pois todas as famílias no Egito eram naturalmente constituídas pela vida em conjunto de várias gerações.

Todos conhecemos infelizmente pessoas incapazes da participação numa vida comunitária aos 65 anos e outras muito válidas para além dos 70 anos. Uma idade fixa para a reforma apresenta-se, assim para mim cada dia mais claramente, como um absurdo, sobretudo numa sociedade que se vai alongando no tempo. Estes factos não nos devem impedir de ter consciência de que na chamada “terceira idade” existem, de facto, vários grupos de membros distintos de pessoa, nomeadamente as que se encontram aptas e têm capacidade para estar presentes e ser úteis na sociedade em atividades profissionais e os que se encontram com incapacidades evidentes necessitando de apoios de ordem múltipla, incluindo dentro da sua família; alguns necessitarão mesmo de instituições próprias e adequadas às suas situações vitais. Porém, nunca, como erradamente acontece, bloqueando ocupações de camas hospitalares!...

No mundo do trabalho, estudos vários vieram demonstrar que, se nos testes psicométricos os jovens eram mais rápidos. Porém, quando era necessário fazer avaliações de certas circunstâncias, os idosos eram mais eficazes e assim igualmente úteis como força de trabalho.

Com o progresso das técnicas, da mecanização e da automação, atenuou-se o primado da importância da força física ao mesmo tempo que o sentido da observação dos factos e da interpretação dos novos conhecimentos integrados na instrução e na experiência adquiriram cada vez maior valor. Poderá interpretar-se estas observações como sendo da maior utilidade para a sociedade, tentando integrar os trabalhadores mais idosos em atividades ocupacionais mais adaptadas às suas capacidades.

A maioria dos adultos com mais de 50 anos necessitará de usar óculos e os que tiverem mais de 70 anos terão mais probabilidades de ter perturbação da audição. Acima dos 50 anos a força muscular estará reduzida pelo menos em 20 % após ter sido atingida aos 20 anos a máxima capacidade neuromuscular. A avaliação das capacidades intelectuais

é mais complicada e discutível, muito embora surja uma menor capacidade de adaptação a novas situações com a passagem dos anos.

Se se pode discutir sob o ponto de vista filosófico, religioso, jurídico e político o início de uma vida humana, em termos científicos, biológicos e, portanto, de ordem clínica, a concretização da “fertilização in vitro” (a FIV) veio tornar inadmissíveis quaisquer dúvidas. A vida humana é, de facto, um todo contínuo do qual a permanência no ventre materno constitui apenas não mais do que um dos seus estádios, ao qual se seguirão os do nascimento, da infância e da adolescência até se atingir a maturidade e a idade adulta, terminando a vida orgânica naturalmente na velhice e na morte, que se deseja o mais distante possível ocorrendo segundo as leis da natureza e sem desnecessário sofrimento.

Dizia um representante da FAO que nenhum direito existe enquanto houver pessoas a morrer de fome. E avaliava então que o número de casos em que essa tragédia ocorria no astronómico número de trinta milhões de pessoas por ano... A OMS definiu a saúde como um completo bem-estar físico, mental e social. Porém, para se atingir esse objetivo há que pensar em muito mais do que nos meros cuidados de saúde curativos. Haverá que pensar na organização dos cuidados médicos preventivos e nos cuidados de Saúde Pública. A informação e a educação sanitária das pessoas tornam-se, nestes termos e uma vez mais, essenciais para a evolução das sociedades.

A pergunta chave será sempre a de saber se as alterações fisiológicas que vão surgindo com a progressão da idade serão o resultado de um processo biológico natural de senescência ou se, pelo contrário, serão consequências de desvios de um natural estilo de vida ou de uma doença prevenível ou tratável.

É sobretudo durante a adolescência que se estabelecem os padrões de comportamento que irão condicionar a nossa vida de adultos e depois os nossos últimos anos. Saber envelhecer, no que de cada um de nós depende, começa nessa fase da vida. O envelhecer não é mais do que a ponta final da existência humana.

A longevidade depende em grande parte do ambiente em que vivemos, da nossa alimentação e do nosso estilo de vida. Se é verdade que não se podem apenas atribuir aos nossos comportamentos muitas das nossas doenças degenerativas como as que, como exemplo, designamos por reumatismo, é sobretudo fundamental que se tenha a consciência de que existe uma responsabilidade pessoal na manutenção do estado de saúde. Como dizia uma benemérita fundadora de uma instituição

que tinha como objetivo fundamental a animação das crianças com doenças graves hospitalizadas, *“todos sabemos que começamos e acabamos: mas o que é realmente importante é o que fizemos pelo meio...”*

E para terminar gostaria também de lembrar um antigo provérbio chinês: *“O que garante uma vida longa e saudável é: comermos metade, andarmos o dobro e rirmos o triplo”*.

REUTILIZAÇÃO DE RESÍDUOS HOSPITALARES



João Queiroz e Melo¹

Descrição

O projeto *Second Chance* tem na sua génese uma preocupação ambiental e está enquadrado na *Economia Circular*. *Reciclar e Reutilizar* são os dois conceitos base desta iniciativa que tem por objetivo dar resposta ao desperdício de vários materiais usados nos hospitais que, sendo considerados lixo, embora descontaminado, são descartados de imediato após a sua primeira e única utilização, ignorando assim a possibilidade de lhes ser dada uma nova vida no âmbito da economia circular. Visa promover o *upcycling* de materiais utilizados regularmente em blocos operatórios e salas de hemodinâmica, sendo depois descartados como resíduos hospitalares.

A ideia nasceu da inquietação do médico cirurgião cardiotorácico, Professor Doutor João Queiroz e Melo, que ao longo de uma vida profissional em hospitais, constatou o evidente desperdício de muitos materiais passíveis de reutilização, caso seja criado o enquadramento adequado e promovida a cultura junto dos profissionais de saúde e dos gestores hospitalares. Tem como parceiro a ENTRAJUDA, uma instituição de solidariedade

¹ Cirurgião Cardiotorácico. Prémio Nacional de Saúde 2017.

criada em 2004 com prática na recuperação de bens não alimentares e de equipamentos destinados a uma reutilização ou ao encaminhamento para uma correta reciclagem no âmbito do Banco de Bens Doados. A ENTRAJUDA é uma operadora de resíduos certificados para reciclagem de REE (Resíduos Elétricos e Eletrónicos) promovendo várias ações ao longo do ano que visam potenciar a economia circular, dando nova vida a produtos que teriam como destino único a sua destruição.

Para avaliar a viabilidade do projeto, será feito um ensaio piloto com dois resíduos específicos, o *Blue Wrap* e as *pontas de alguns cateteres* utilizados em cateterismos. A seleção destes dois materiais decorre da enorme quantidade desperdiçada e da fácil obtenção junto de hospitais e ainda porque a respetiva reutilização se afigura simples, criando valor e promovendo a sustentabilidade,

Foram convidados para integrar o projeto-piloto as seguintes entidades

- CHLO - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental
- Hospital da Luz
- Hospital de S João
- Grupo Melo Saúde

Projeto Piloto

- *Materiais*

Blue wrap - O *blue wrap* é um têxtil plástico de tipo 5, em polipropileno. É utilizado para embrulhar caixas com material cirúrgico. Este material tem características de elevada qualidade e de relevância para muitos efeitos nomeadamente pelos factos de ser um tecido térmico, resistente à água, poroso a gás e resistente à pressão.

A exemplo do que é feito em outros países, a proposta é a da reutilização deste material de diversas formas, como em mantas, resguardos, sacos, camisolas, almofadas, ponchos, etc...

Pontas de cateter - Nos processos de diagnóstico de muitas doenças são utilizados cateteres. Estes dispositivos são tubos introduzidos na circulação sanguínea com pontas radiopacas que permitem durante o procedimento reconhecer a sua localização e a sua posição exata; estas pontas radiopacas têm muitas vezes metais raros. Atualmente, após a sua utilização, estes cateteres são descartados, integrados no lixo do grupo 3 e serão incinerados. No âmbito do projeto piloto propomos recolher estes dispositivos em caixas

próprias para o efeito, sendo posteriormente retiradas as pontas dos cateteres para reutilização dos metais com valor. As pontas recolhidas seriam provenientes de procedimentos em doentes sem qualquer infeção, o que é conhecido pelas análises que serão efetuadas aos doentes antes dos estudos. As pontas dos cateteres serão depois esterilizadas antes de serem recolhidas. Desta forma deixarão de constituir um resíduo do grupo 3.

Metodologia

- *Recolha*

Blue wrap: na sua pré-utilização atual os pacotes embrulhados em *blue wrap*, após serem esterilizados, são levados para as salas dos blocos operatórios. Aí os pacotes são abertos e o *blue wrap* é imediatamente descartado e colocado em sacos de cor preta atribuídos aos resíduos não perigosos; nos locais onde se faz a triagem de plásticos, serão colocados em sacos transparentes.

Pontas de cateter: as pontas serão recolhidas logo após a utilização e colocadas em pequenas caixas que seguirão para esterilização no respetivo sector, sendo, pois, material limpo.

No âmbito do projeto-piloto após terminado o processo de esterilização e separação destes dois materiais específicos, a ENTRAJUDA encarregar-se-á da recolha nos hospitais aderentes com a frequência definida em função da quantidade gerada. Em cada recolha existirá uma relação descritiva dos materiais, ficando uma cópia no local de origem e outra acompanhará os resíduos para permitir o rastreamento e o controlo.

Reutilização

Prevê-se a reutilização do material de *Blue Wrap* para confeção de mantas a distribuir a pessoas sem abrigo, a constituir resguardos para cama a distribuir por lares ou outras instituições. No caso das pontas de cateteres será feita uma parceria com um ourives licenciado, sendo os metais derretidos e transformados, gerando assim valor acrescentado. Quando os materiais não puderem ser reutilizados serão encaminhados para reciclagem de acordo com as orientações dos sistemas municipais.

Enquadramento Legal

O projeto SECOND CHANCE visa recolher materiais não contaminados que hoje são considerados lixo, ignorando assim as suas potencialidades de reutilização. O objetivo inicial é realizar um projeto-piloto em escala pequena após obter parecer favorável das entidades competentes, isto é, a APA e as Câmaras Municipais de Lisboa e a de Oeiras. Em simultâneo, será iniciado um processo de desclassificação de produto com base nos artigos 32º e 91º do DL 152-D/2020.

27 A 29 DE MAIO DE 2022: SIMPÓSIO FEAMC: DESAFIOS DE COMPETÊNCIA E COMPAIXÃO NA MEDICINA CONTEMPORÂNEA



A FEAMC (Federação Europeia das Associações de Médicos Católicos) estendeu a reunião deste conselho internacional de médicos católicos, incluindo um simpósio a ser realizado em Assis, Itália, aberto a todos os membros das associações nacionais associadas.

Local da vida em Assis

- Participação no simpósio (custos gerais, jantar social): € 80,-, alunos € 40
- Estadia Domus Pacis Assisi, pensão completa: quarto único €80 por noite, quarto duplo ou duplo € 65 p.p. por noite ou € 130 por noite (2 pessoas), quarto triplo € 60 p.p.
- Visita aos lugares franciscanos (San Damiano, Eremito delle Carceri, Rocca etc) para parceiros não participantes € 50,

Participação online

- Participação no simpósio online (custos gerais): € 40, estudantes € 20
- Zoom

Informações gerais

- Língua da conferência: Inglês
- Para apresentadores: apresentação do PowerPoint obrigatória
- Programa definitivo, participação, alojamento e inscrições no sítio da FEAMC: <https://feamc.eu>



World Federation of Catholic Medical Associations

Fédération Internationale des Associations de Médecins Catholiques

"Catholic Physicians throughout the world"



XXVI World Congress - Rome, September 15-17, 2022

MEDECINE: RESTORATIVE OR TRANSFORMATIVE ?

The mission of the Christian physician



**President of FIAMC
and the Congress
Prof. Dr. Bernard Ars.**

Date	September 15, Thursday - September 17, Saturday, 2022.
Venue	Istituto Patristicum Augustinianum - Centro Congressi Via Paolo VI, 25 - 00193 Roma.
Languages	English, French, Italian <i>Simultaneous translation</i>

*Medical, Philosophical and Theological Considerations.
Open to all interested in Catholic Healthcare.
Special program for Young Physicians and Students in Medicine
Papal Audience*

*The FIAMC presidency thanks
the « Centre Universitaire Notre Dame de la Paix » of the University of Namur, Belgium,
and the Mariam Foundation for their support.*

ACÇÃO MÉDICA HÁ CINQUENTA ANOS

Walter Osswald ¹

Ler e estudar textos escritos há meio século representa um exercício que encontra justificação no aprofundamento do conhecimento histórico, mas também no perspectivar a evolução do pensamento e das ideias. Neste último aspecto tem particular interesse a análise da efemeridade ou, em contraste, da perenidade das matérias então analisadas. Ora, o número 4 do 35º ano de publicação da nossa revista oferece ao leitor de hoje vários pretextos para a reflexão acerca de temas neste número focados e que mantêm plena actualidade.

É certo que os dois artigos iniciais têm, sobretudo, interesse histórico e académico. No primeiro, José de Paiva Boléo resume e analisa a mensagem do novo Patriarca de Lisboa, D. António Ribeiro, por ocasião da sua entrada solene na diocese. O director da revista destaca e examina três aspectos desta mensagem: a Igreja tem de estar ao serviço da mensagem de Cristo, e por isso em diálogo permanente com a realidade do mundo, almejando abranger todos os seres humanos na vivência esplendorosa da fé.

O segundo artigo, da autoria do catedrático de São Paulo, Marcondes Calasans, é um ensaio, bem apoiado em vasta bibliografia, demonstrando que a Anatomia deve a sua presença como disciplina básica dos estudos médicos ao Cristianismo, que veio permitir a dissecação (ou dissecação, os dois termos são correctos) de cadáver humano, pelo menos a partir do século XIII.

¹ Professor aposentado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Consultor do Instituto de Bioética da Universidade Católica do Porto.

Pinto Machado reflecte sobre “A responsabilidade social do médico”. A partir da afirmação que as associações de médicos católicos têm de ser, na esfera das suas competências, instrumentos eficazes da construção da sociedade segundo o Evangelho, o Autor começa por destacar a necessidade de humanizar, construindo a paz pelo desenvolvimento. Daí que não baste ao médico preocupar-se com os seus doentes, mas também com a comunidade em que vivem, para o desenvolvimento “do homem todo e de todos os homens”. Radica também aí a rejeição do erro e do vício e o zelo pela justiça, pela verdade e pelo amor. Perante uma situação na área da saúde caracterizada por graves deficiências, atrasos, fraco investimento, descoerência de serviços, cabe ao médico católico actualizar-se permanentemente, propor medidas adequadas e bater-se pela sua implementação, não endossando tudo à responsabilidade dos governantes. Há que reconhecer o direito universal de receber cuidados de saúde apropriados, oportunos e atempados, evitando as concepções marcadamente ideológicas, geradoras de intermináveis discussões, enquanto os doentes continuam à espera. Finalmente, o médico não pode demitir-se da sua condição de educador; portador de uma competência que lhe confere autoridade, tem de estar ao serviço da educação para a saúde.

Outro contributo “actual” é o de J. Boléo-Tomé, que analisa “Adolescência, Maturidade e Coeducação”, um tema polémico então e agora. Baseado nas diferenças entre o ritmo de maturação sexual e psicológica de raparigas e rapazes, do desenvolvimento do sentido de identidade e responsabilidade social nos dois sexos, o Autor defende que a co - educação só deveria ter lugar a partir de uma fase em que já existisse uma maturidade psicológica e sexual clara, embora, naturalmente, incompleta. Teria interesse estudar o que se passa com jovens que foram, muito precocemente, escolarizados em sistema de co-educação, comparando com os que não foram abrangidos por este sistema, como acontece em muitos estabelecimentos privados.

O desafio à “actualidade” continua com os contributos de dois cardeais franceses, Danielou e Gouyon, que tratam da crise da igreja e crise da civilização, o primeiro, e de sexualidade, erotismo e pornografia, o segundo. Destaque especial para o primeiro, por esclarecer que a missão do Cristianismo no mundo não é a de impregnar a cultura de uma sociedade, mas sim a de anunciar o Evangelho e ensinar que destino do Homem ultrapassa qualquer cultura, qualquer civilização.

No “Panorama das ideias” há um relatório da OMS sobre saúde mental dos adolescentes que coloca particular ênfase no uso de drogas, inexorável

causa de graves incapacidades e danos de saúde, com reflexos sociais e económicos muito relevantes. Por outro lado, Luís de Sena Esteves aponta as fantasias do neo – malthusianismo, demonstrando que as estatísticas sobre população e produção de bens alimentares estão em total desacordo com as previsões de Malthus e, mais recentemente, da FAO (Christoph Calay).

Do “Noticiário” destacamos a notícia sobre o perigo real que a marijuana representa e um breve comentário sobre a crise hospitalar desencadeada pela falta colectiva dos internos ao teste de aproveitamento, seguida de greve dos internos, exonerações, nomeações de médicos militares (!) para as direcções. O comentário em causa leva a redacção a prometer que o próximo número da revista será dedicado ao “Doente e Hospital”, não poupando censuras aos graves desvios e erros das direcções hospitalares e as faltas de humanidade e ética de tantos médicos.

Como os leitores poderão comprovar, este número de há cinquenta anos era (e é) actual.



RESUMOS

A PROPOSTA DE NOVOS ESTATUTOS DA ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS CATÓLICOS PORTUGUESA.....5

José Diogo Ferreira Martins

Os estatutos da AMCP encontravam-se significativamente desatualizados pelo que a Direção Nacional convocou um Conselho Nacional Extraordinário com o objetivo da aprovação de novos estatutos de acordo com as novas diretivas legais de natureza administrativa e jurídica. A reunião decorreu no dia 26 de março por via telemática. Os novos estatutos, publicados neste número da *Acção Médica*, entram em vigor após a aprovação pela Conferência Episcopal Portuguesa.

PROPOSTA DE NOVOS ESTATUTOS PARA A AMCP.....7

Conselho Nacional Extraordinário da AMCP

A Direção Nacional convocou expressamente um Conselho Nacional Extraordinário para elaboração de um novo texto estatutário para a AMCP que foi aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional e vai ser proposto à Conferência Episcopal Portuguesa para aprovação após o que entrará em vigor. O texto da proposta dos novos Estatutos publica-se integralmente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O FINAL DA VIDA NOS PAÍSES BAIXOS.....21

Vincent Kemme

O texto constitui a versão escrita de uma conferência proferida no Encontro Nacional da AMCP de 2021. O seu autor é biólogo. Foi o fundador do *Instituto Biofides* com sede na Flandres que se dedica ao estudo e divulgação das inter-relações entre a Fé e a Ciência. O autor referiu-se à situação atual dos temas ligados à prática da eutanásia nos Países Baixos e na Bélgica. Como causa subjacente fundamental citou o dramático declínio da prática religiosa que conduziu a uma sociedade extremamente secularizada, dominada pelo materialismo, relativismo,

subjetivismo e pragmatismo. Terminou com propostas de intervenção dos católicos nos domínios do exercício da medicina.

MULTIDÕES, SOLIDÕES E PEDRAS A LOUVAR EM SEMANA SANTA 33

Aires Gameiro

Vivemos em tempos de paixões dos homens que podem levar a fazer bem por amor e a fazer mal por ódio. A Paixão de Cristo é sempre de amor. Infelizmente, muitos sofrimentos e tormentos que afligem a humanidade, com guerras e contra-guerras de ódio, armas e morte, devem-se às paixões dos homens. A Semana Santa convida a apaixonar-nos pelo bem e pela paz entre todos os irmãos.

ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL 37

António Gentil Martins

O antigo Bastonário da Ordem dos Médicos e da Associação Médica Mundial publica um texto sobre as condições de evolução da vida humana para um envelhecimento naturalmente saudável sublinhando que a defesa da nossa saúde e, portanto, da longevidade, constituindo uma questão de ordem pessoal, é igualmente um domínio de ordem clínica, social, económica e política, dependendo em grande medida do nosso próprio comportamento durante toda a vida.

SECOND CHANCE 49

João Queiroz e Melo

O projeto SECOND CHANCE visa recolher materiais não contaminados de origem hospitalar que hoje são tomados como resíduos e lixo, ignorando-se as potencialidades da sua reutilização como materiais de alta qualidade. Assim, prevê-se nomeadamente a reciclagem de tecidos na confeção de mantas, agasalhos e resguardos a distribuir a pessoas sem abrigo e a instituições de solidariedade social e a reutilização de metais com um grande valor acrescentado. O objetivo inicial é realizar um projeto-piloto após obter o parecer favorável das entidades competentes.

REUNIÃO DA FEAMC (FEDERAÇÃO EUROPEIA) - "DESAFIOS DE COMPETÊNCIA E COMPAIXÃO NA MEDICINA CONTEMPORÂNEA" 53

Assis, 27-29 de Maio de 2022

XXVI CONGRESSO MUNDIAL DA FIAMC (FEDERAÇÃO MUNDIAL): "MEDICINA: RESTAURATIVA OU TRANSFORMATIVA? A MISSÃO DO MÉDICO CRISTÃO"..... 55
Roma, 15-17 Setembro de 2022

ACÇÃO MÉDICA HÁ CINQUENTA ANOS.....57
Walter Osswald

O autor sublinha a perenidade dos temas abordados na revista ao longo deste meio século em contraste com a transitoriedade dos seus reflexos na sociedade e na evolução do pensamento. O destaque vai para os comentários do Dr. José Paiva Boléo, Director da Revista, à mensagem do Sua Eminência o Cardeal Patriarca Senhor D. António Ribeiro na solene entrada na Diocese de Lisboa. O Prof. Pinto Machado refere-se à responsabilidade social do médico nas sociedades coetâneas que se tem acentuado na contemporaneidade. O Prof Boléo-Tomé aborda o então controverso da co-educação dos adolescentes dos dois sexos ensaiada nos estabelecimentos de ensino oficial.



ABSTRACTS

THE PROPOSAL OF NEW STATUTES OF THE PORTUGUESE CATHOLIC DOCTORS ASSOCIATION (PCDA).....5

José Diogo Ferreira Martins

The PCDA's statutes were significantly outdated so the National Board convened an Extraordinary National Council with the objective of approving new statutes in accordance with the new legal directives of administrative and legal nature. The meeting took place on March 26 by telematic means. The new statutes, published in this issue of 'Acção Médica', will come into effect after approval by the Portuguese Bishops' Conference.

PROPOSAL OF NEW STATUTES FOR THE PCDA.....7

PCDA Extraordinary National Council

The National Board has expressly convened an Extraordinary National Council to prepare a new statutory text for the PCDA which was unanimously approved by the National Council and will be proposed to the Portuguese Episcopal Conference for approval after which it will come into force. The text of the proposal of the new Statutes is published in its entirety.

END OF LIFE ISSUES IN THE LOW COUNTRIES.....21

Vincent Kemme

The text is the written version of a conference given at the 2021 PCDA National Meeting. Its author is a biologist. He was the founder of the Biofides Institute based in Flanders which is dedicated to the study and dissemination of the interrelationships between Faith and Science. The author referred to the current state of affairs regarding the practice of euthanasia in the Low Countries and Belgium. As a fundamental underlying cause, he cited the dramatic decline in religious practice that has led to an extremely secularized society dominated by materialism, relativism, subjectivism, and pragmatism. He ended with proposals for intervention by Catholics in the fields of medical practice.

CROWDS, LONELINESS AND STONES TO PRAISE IN HOLY WEEK..... 33
 Aires Gameiro

We live in times of human passions that can lead to doing good out of love and doing evil out of hate. The Passion of Christ is always of love. Unfortunately, many sufferings and torments that afflict humanity, with wars and counter-wars of hatred, weapons and death, are due to the passions of men. Holy Week invites us to fall in love with goodness and for peace among all brothers.

ACTIVE AND HEALTHY AGING..... 37
 António Gentil Martins

The former President of the Portuguese Medical Association and of the World Medical Association publishes a text about the conditions for the evolution of human life towards a naturally healthy aging. He emphasizes that the protection of our health and, therefore, longevity, while being a personal matter, is also a clinical, social, economic, and political domain, and depends to a large extent on our own behavior throughout our lives.

SECOND CHANCE..... 49
 João Queiroz e Melo

The SECOND CHANCE project aims to collect uncontaminated materials of hospital origin that today are taken as waste and garbage, ignoring the potential of their reuse as high-quality materials. Thus, it is expected that fabrics will be recycled to make blankets, coats and covers to be distributed to homeless people and social solidarity institutions, and that metals with a high added value will be reused. The initial goal is to carry out a pilot project after obtaining the approval of the competent authorities.

FEAMC SYMPOSIUM: CHALLENGES OF COMPETENCE AND COMPASSION IN CONTEMPORARY MEDICINE..... 53
 Assisi, 27-29 May 2022

XXVI WORLD CONGRESS BY FIAMC: "MEDICINE: RESTORATIVE OR TRANSFORMATIVE? THE MISSION OF THE CHRISTIAN PHYSICIAN".....	55
Rome 15-17 September 2022	

'ACÇÃO MÉDICA' FOR FIFTY YEARS.....	57
Walter Osswald	

The author highlights the perennial nature of the themes addressed in the magazine over this half century in contrast to the transience of its reflections on society and on the evolution of thought. The highlight goes to the comments of Dr. José Paiva Boléo, Director of the magazine, and to the message of His Eminence the Cardinal Patriarch D. António Ribeiro at the solemn entry into the Diocese of Lisbon. Prof. Pinto Machado refers to the social responsibility of the physician in contemporary societies that has been accentuated in contemporary times. Prof. Boléo-Tomé addresses the then controversial issue of co-education of adolescents of both sexes as tested in official educational establishments.

