

Acção Médica



Progresso Humano?



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

ANO LXXVIII, Nº 3

Setembro 2014

Fundador

José de Paiva Boléo

Director

J. Paiva Boléo-Tomé

(paivaboleotome@gmail.com)

Administradora

Ana Sarmento

(antoniosarmento55@sapo.pt)

Sub-Director

Alexandre Laureano Santos

(a.laureano@netcabo.pt)

Redactores

José M. el Lopes dos Santos – José Augusto Simões – Ana Maria Felix

Conselho Científico

Walter Osswald

Henrique Vilaça Ramos

José E. Pitta Grós Dias

Levi Guerra

Jorge Biscaia

Lesseps L. dos Reis

Daniel Serrão

José Pinto Mendes

Número de Identificação: 501 983 589

ISSN – 0870 – 0311 – INTERNATIONAL STANDARD SERIAL NUMBER

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

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

Secretária: Maria de Fátima Costa (mfmlcal@gmail.com)

http://amcp.com.sapo.pt – e-mail: medicoscatolicos.pt@gmail.com

Execução Gráfica: ORGAL Impressores – Tiragem: 750 exemplares

**ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS
CATÓLICOS PORTUGUESES**

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

DIRECÇÃO NACIONAL

Presidente: Carlos Alberto da Rocha

Vice-Presidente: João Tiago Guimarães

Secretário: Alice Seixas

Tesoureiro: Ana Sarmento

Vogais: Luísa Viterbo

Patrícia Bernardino

João Pedro Pimentel

Bruno Pinto

Assistente: P. José Eduardo Lima sj

NÚCLEOS DIOCESANOS (PRESIDENTES)

Aveiro: Jorge Rodrigues Pereira

Portalegre/Castelo Branco: Isabel Marques Jorge

Coimbra: Augusto Pinto

Faro: Santos Matos

Guarda: Víctor Santos

Lisboa: Sofia Reimão

Porto: Manuel Pestana Vasconcelos

Vila Real: Maria Goretti Rodrigues

Viseu: João Morgado

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

SUMÁRIO

ABERTURA: Panorama preocupante	
J. BOLÉO-TOMÉ.....	181
A medicina do futuro: fundamentos para uma profecia	
Daniel SERRÃO.....	185
Ética e prescrição de agentes biológicos	
José Augusto SIMÕES.....	193
Custos sociais da pornografia	
Fernando Rodriguez BORLADO.....	207
Reprodução humana e política	
Paulo Vasconcelos JACOBINA.....	213
Aspectos da contribuição portuguesa para o progresso da medicina – notas históricas	
J. BOLÉO-TOMÉ.....	217
TEMAS ACTUAIS	
O mundanismo actual e o Papa Francisco	
Salvatore CERNUZIO.....	235
“Barrigas de aluguer”: algumas questões para pensar	
Pedro Vaz PATTO.....	239
Síndrome de Down e aborto	243
A anomalia homossexual	
John Flynn, S. J.....	247
NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS	
• Cristãos – os novos perseguidos; • Aborto: a recusa e a consequência; • Esquerda sexual; • A fé de Foley, o jornalista decapitado; • Muçulmanos e violência; • Um texto a recordar; • Doentes mentais; • «Acção Médica» há 50 anos.	
RESUMOS	269
ABSTRACTS	273

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Pagamento adiantado

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

Não Associados:

Portugal

Um ano (4 números) 20,00 €

Avulso 5,00 €

Estrangeiro

Acrescem as despesas de envio

Estudantes 10,00 €

ABERTURA: PANORAMA PREOCUPANTE

São muitas as notícias que nos vão chegando deste mundo globalizado em que vivemos, e que nos devem preocupar seriamente.

A **liberdade de consciência e de culto** tem sido ameaçada e as perseguições multiplicam-se. No século XX, por causa de sua fé, morreram mais cristãos do que em todos os dezanove séculos anteriores juntos; e neste início do século XXI as perseguições e assassinios em massa têm aumentado. Alguns nomes mais conhecidos estão a ser símbolos de sofrimento em países e regiões onde deixou de existir liberdade religiosa – Próximo e Médio Oriente, vários países africanos, Índia, Paquistão, Malásia e muitos outros. Hoje, no Paquistão, Asia Bibi, mãe de cinco filhos, continua na prisão, onde está desde 2010 acusada de blasfêmia, por ter defendido a sua religião cristã, recusando converter-se ao islamismo. Espera pela morte a qualquer momento, se o movimento que entretanto nasceu para a apoiar, não conseguir levar à sua libertação. Meriam Ibrahim (condenada à morte no Sudão por ser cristã) voltou a ser detida algumas horas após a sua libertação, até ter sido por fim autorizada a dirigir-se com a família para os Estados Unidos. Boko Haram, um grupo terrorista islâmico, tem espalhado o terror entre os cristãos nigerianos por meio de assassinatos em massa, além de manter sequestradas centenas de raparigas escolhidas por serem cristãs, e que são submetidas diariamente a torturas e estupro colectivos. No Iraque e na Síria, o massacre sistemático de antiquíssimas comunidades cristãs por extremistas islâmicos (“Estado Islâmico do Levante”, “Al-Nusra”, “Anhar al-Sharia”, “Al-Shabab”,) levou o Papa Francisco a um angustiante apelo internacional. E muitos mais grupos extremistas espalhados pelo mundo vão assassinando cristãos e destruindo igrejas, escolas, dispensários e postos de saúde que a Igreja Católica espalhou pelo mundo em apoio dos que precisam.

Mas há mais e ainda mais grave, para além dos massacres e destruições – a **perversão moral que está em curso** no mundo que diz defender a liberdade, mas procura impor a morte dos que não se podem defender, ou impor conceitos de vida biológica e psicologicamente perversos.

Organizações multinacionais abortistas pressionam a ONU constantemente para que sejam introduzidos no ordenamento jurídico das nações e nas metas de desenvolvimento dessa organização após 2015, com carácter obrigatório, os chamados “direitos sexuais e reprodutivos”, para fomentarem ou tentar impor a **legalização do aborto e dos comportamentos desviantes** em todos os Estados membros da ONU. Tentam mesmo impor um verdadeiro “mandato anti-conceptivo”, que obriga a aconselhar a contracepção e a pílula do dia seguinte nos seguros de saúde e nos organismos estatais de assistência.

O caminho para a eutanásia obrigatória (ou quase...), foi francamente aberto, ultrapassando mesmo os conceitos hitlerianos – doentes crónicos, idosos, crianças com malformações ou crianças em sofrimento, ou simplesmente indesejáveis, todos poderão estar sujeitos a uma possível execução sumária, se continuarem a ser aprovadas legislações aberrantes ou falsamente piedosas.

Paralelamente, a **ideologia de género**, que ameaça seriamente a família, procura ganhar terreno. A proposta Lunacek, recentemente aprovada no Parlamento Europeu (apesar de mais de 1 de milhão de assinaturas terem sido apresentadas para que o documento fosse retirado), pede uma série de privilégios legislativos para os (supostos) direitos particulares e específicos das pessoas LGBTI (lésbicas, *gays*, bissexuais, transexuais e os chamados intersexuais). Direitos que são recusados às famílias normais, tantas vezes abandonadas pelas legislações e organismos de apoio social. O “discurso de ódio” que caracteriza estes grupos, procura impedir a crítica à visão da sexualidade por eles defendida, e está a levar organismos internacionais e governos das nações a acolher ou propor leis que transformam em crime o simples facto de defender a família normal, na relação pai/mãe/filhos, fundamento de qualquer sociedade humana.

A vida, a família e a liberdade correm sério perigo, exactamente nos países que foram o seu baluarte. São constantemente atacadas e ameaçadas em todo o mundo, por ideologias e interesses que *parece* terem muito mais influência nos governos, organismos internacionais e em boa parte da sociedade do que aqueles que continuam a lutar corajosamente por valores eternos – de justiça, de dignidade, de entreatada, de respeito, de responsabilidade, de fraternidade.

É bem conhecida a frase, tão actual, de Edmund Burke: *“Para que o mal triunfe basta que os bons fiquem de braços cruzados.”* O desânimo, a passividade, a fuga aos problemas, foram sempre as armas terrivelmente decisivas para a vitória do mal sobre o bem. Que não seja essa a nossa atitude.

J. Boléo-Tomé^{1}*

^{1*} Texto preparado em parte com material recuperado de «CitizenGO» (08/07/2014). Ver tb. Homília do Papa Francisco sobre o mundanismo (18/Nov./2013).

A MEDICINA DO FUTURO: FUNDAMENTOS PARA UMA PROFECIA^{1*}

Daniel Serrão

1. Eis um atrevimento que só pode ser consentido a um idoso, de 86 anos, mesmo que se julgue saudável, independente e activo. Pois só ele pode falar com tranquilidade de um futuro que seguramente não irá viver; mas que pode imaginar.

Na minha já muito longa vida testemunhei uma evolução espantosa dos meios de diagnóstico das doenças e das formas de as tratar. Imaginem que, em 1951, quando completei o curso de medicina e, depois, cumprido o serviço militar obrigatório, quando fui trabalhar para o Hospital de Santo António e, na Faculdade, em Anatomia Patológica, não havia microscópio electrónico, nem imuno-citoquímica, nem cito-genética, nem se conhecia o ADN; as sulfamidas existiam para tratar as infecções, mas eram muito tóxicas e os antibióticos resumiam-se à penicilina que, injectada, podia matar os doentes com um choque anafiláctico; e a estreptomina que começava a ser usada para tratar a tuberculose deixava os doentes quase completamente surdos. Os meios de imagem eram a radiologia e a radioscopia, não havia tomografia axial computadorizada, nem ecografia, nem ecodoppler, nem tomografia com emissão de positrões, nem ressonância magnética nuclear. Já havia electrocardiografia mas não vectocardiografia. A arteriografia, descoberta por Reynaldo dos Santos e Egas Moniz, era ainda feita com torotraste e os doentes, se vissem alguns anos depois deste exame, apresentavam sarcomas produzidos pelas acções deste produto de contraste que era radioactivo.

^{1*} Conferência “Professor Alberto Aguiar”, proferida no Congresso da Sociedade Portuguesa de Química Clínica e Medicina Laboratorial. Coimbra, 4 de Abril de 2014.

Ninguém conseguiu prever que, em 50 anos, a Medicina iria viver uma transformação mais radical do que a que lhe aconteceu nos 150 anos imediatamente anteriores.

Portanto, para colmatar esta carência de imaginação dos meus antepassados recentes, vou atrever-me a fazer uma previsão do futuro a partir de fundamentos que irei procurar no estado da arte actual. Em especial nos campos da recolha de informação a partir do corpo e, também, do espírito, das pessoas sãs e das que se declaram doentes.

Como sou Daniel – e com antepassados hebraicos – vou profetizar. Mas previno-vos com as palavras de Jeremias: “não vos deixeis seduzir pelos profetas que se acham entre vós, nem pelos adivinhos, e não façais caso dos sonhos que tendes”.

2. Ciente desta prevenção, avanço, mesmo assim, para a *primeira profecia*: um dia veremos o que agora ainda está oculto aos nossos olhos.

O fundamento para esta profecia encontro-o na evolução do nosso cérebro e do número de neurónios que o vão constituindo.

Sabemos hoje, com bastante segurança, que a evolução humana, nos 7 milhões de anos que já levamos de vida evolutiva, é essencialmente devida ao constante crescimento do cérebro, avaliado, nos fósseis que vão sendo encontrados e datados, pela capacidade da caixa craniana que o albergou.

No momento do nascimento e nos dias e semanas que se seguirão, a cria humana não tem nenhuma característica especificamente humana e está muito mais atrasada no seu desenvolvimento que as crias da maior parte dos mamíferos. Por si própria, com as suas capacidades físicas, irá morrer. Para sobreviver terá de ser acolhida na família humana e apoiada para que o seu desenvolvimento aconteça. Esta situação de extrema fragilidade depende de que a cria humana, quando nasce, não tem o número de neurónios necessário para que as funções que asseguram a sobrevivência estejam já activas. Hoje sabemos que o número de neurónios e de células gliais aumenta, de forma vertiginosamente rápida, após o nascimento e durante os primeiros anos de vida; e a consequência é que a criança, ao ano, já é andante e, aos dois anos, falante – como diz o povo. Só que o povo não sabia que este sucesso evolutivo depende do crescimento do número de neurónios em resposta aos estímulos multissensoriais que lhe acontecem. E

que, sem eles, sem esses estímulos multissensoriais, a criança humana não será nem andante nem falante e ficará um débil mental e físico.

A matriz genética e as acções epigenéticas é que fazem com que um ser humano seja o que se espera dele, seja um homem.

Nestes milhões de anos os membros da espécie HOMO passaram de uma cultura meramente episódica para uma cultura de comunicação mímica, depois mítico-oral e por fim de cultura exterior simbólica que é a nossa cultura actual.

Mas, se esta evolução foi consequência do aumento do número de neurónios, e foi, passo agora a futurar, a partir de fundamentos objectivos.

1º. O desenvolvimento do Córtex frontal supra-orbitário – o cérebro executivo na designação de Goldberg – assinala a evolução do primata para o homem. Ora, é com esta preciosa estrutura cerebral que o homem organiza e controla o conhecimento significativo do mundo, coordena as relações inter-pessoais, a avaliação estética, ética e racional do mundo envolvente; e, principalmente, é ele, esse cérebro decisor, que modela as decisões pessoais, coordenando as actividades de todos os circuitos e redes neuronais a ele ligados e dele, cérebro executivo, seguramente dependentes.

2º. É o cérebro executivo que vai sendo considerado como o correlato neuronal da emergência do EU, do *self*, na espécie humana. Foi esta aquisição, geneticamente fixada e expressa, que marcou a separação do género Homo do dos Primatas não-humanos. Uma futura nova aquisição, geneticamente condicionada, após o nascimento, de muitos mais milhares de milhões de neurónios, nesta zona cerebral, irá possibilitar a emergência de novas capacidades, a primeira das quais será a de conseguir fazer o esclarecimento do fenómeno da consciência perceptiva; e, por esta via, do outro fenómeno, ainda oculto, que é a inteligência humana criativa e a capacidade do pensamento abstracto e simbolizador.

O primeiro passo para esta aquisição futura, na minha profecia, está a ser a teoria de Gardner que defende, com bons argumentos, que **os humanos têm pelo menos nove tipos de inteligência** que se foram desenvolvendo, sucessiva e progressivamente, com a evolução quantitativa cerebral.

Junto à inteligência oral-linguística – paradigma da inteligência mais antiga e, para muitos, ainda hoje, a única – identifica Gardner a inteligência

lógico-matemática, que criou toda a Ciência, a inteligência espacial, que compreende a ocupação do espaço, a musical e a corporal/cinestésica que não vou aqui detalhar; mas refiro a inteligência interpessoal que potenciará a comunicação com os outros, já hoje infinitamente mais rica e eficaz que há 20 anos; e que continuará a expandir-se com o crescimento e diversificação das tecnologias de informação e comunicação. E a inteligência intrapessoal que se desenvolve com a reflexão interior que possibilita o conhecimento do *self*, como na meditação transcendental da tradição Oriental, em especial do Budismo Tibetano, e com as experiências místicas, hoje ainda raras e, algumas, para muitos, duvidosas, mas que virão a ser progressivamente mais comuns e, até, inteligíveis.

A nona forma de inteligência será a inteligência existencial que se aproxima de uma compreensão absoluta da natureza humana mortal, do sentido do nosso estar, vivos, no Mundo e da esperança na “vida do mundo que há-de vir” depois da morte corporal, a que se refere o Credo cristão.

Em síntese: o futurível **humanus** vai ser capaz de usar, de forma progressivamente mais avançada os diversos tipos de inteligência que referi e terá uma super-inteligência intrapessoal que lhe dará a capacidade para compreender o que para nós, hoje, é ainda misterioso.

Que enorme felicidade ! Como invejo esses vindouros !

3. A *segunda profecia* diz respeito, mais directamente, à vossa actividade como médicos que querem conhecer a natureza química e biológica do corpo humano.

Desde os primórdios da análise química do açúcar na urina – que substituiu a necessidade da prova gustativa, para o médico verificar se a urina sabia a doce, e concluir que aquele paciente, que estava a beber muita água, era diabético - o progresso foi espantoso e o médico não precisa de provar coisa nenhuma: a máquina, automática, encarrega-se de lhe fornecer 20 ou 30 parâmetros de toda a bioquímica do corpo em estudo, uma boa proposta de diagnóstico e uma lista de excelentes tratamentos. No exemplo que dei, da glicemia, medida indirectamente pela glicosúria, um equipamento sensitivo dá, hoje, o valor da glicemia em tempo real e controla a dose de insulina que deverá ser infundida, ao longo de todo o dia – enquanto

a pessoa faz a sua vida normal. Outros pequenos dispositivos aplicados levemente na pele, colocam no telemóvel da pessoa e transmitem para o médico, mesmo que esteja no fim do mundo, todos os sinais vitais, cardíacos, respiratórios e cerebrais. E se estiver ainda a desenvolver-se no útero da Mãe, é possível conhecer muitos parâmetros corporais, em especial os que se referem à maturação do cérebro, e prever o futuro pessoal daquele ser vivo da espécie humana.

A robotização invadirá, ainda mais, as salas de operações e os cirurgiões não precisarão de entrar nelas para que o doente fique sem vesícula ou beneficie de uma pontagem coronária – que são exemplos de situações já, hoje, reais.

A profecia é que esta evolução no conhecimento total e *on-line* da máquina corporal, ampliada para desempenhos tecnológicos que ainda nem posso imaginar, fará com que a actividade médica venha a ser quase exclusivamente preventiva.

O conhecimento total das vias que levam ao adoecer criará uma ciência rigorosa de prevenção deste adoecer. As consequências desta profecia são umas boas e outras más; algumas serão mesmo muito más e perigosas.

Boas – todos os que seguirem, à risca, todas as regras científicas de prevenção, não terão doenças e viverão felizes. Serão saudáveis, independentes e activos até ao fim do tempo biológico do viver humano – que é de 120 anos ou um pouco mais.

Más – as pessoas perderão a liberdade de viver a sua vida como lhes apetece: fumar em excesso e beber em excesso. Comer cada vez mais desde a adolescência e engordar alegremente. Abusar do álcool e das drogas neuro estimulantes. Viver de noite e dormir de dia, como regra. Consumir o tempo à frente de um ecrã, da TV ou do computador. Etc, Etc. Nada disto farão, coitadas...

Muito más e perigosas – o conhecimento *on-line* de tudo o que se passa no corpo humano e no cérebro humano abre uma via para o controle das pessoas pelas diversas formas de poder de uns sobre os outros. Estas capacidades que foram desenvolvidas para fins militares e políticos, chegarão, em breve à relação cientificamente sofisticada do médico com o doente, a qual será como uma espécie de espionagem, exercida pelo médico sobre o corpo e o espírito da pessoa.

Então, nesse futuro previsível, só adoece quem quer; porque os que tiverem defeitos, por mau património genético, serão eliminados, por imposição eugénica, logo que este diagnóstico seja feito, antes ou depois de nascerem.

Os que nascerem bons e cumprirem todas as regras que a ciência da prevenção institua e divulgue, não terão doenças; em relação às doenças que não tenham causa genética nem causa ambiental, que serão raríssimas; o processo de vigilância permanente, ao qual todos estarão sujeitos, fará um diagnóstico precoce e serão curadas. Se a pessoa adoecer por motivos genéticos, ambientais ou por não ter cumprido as normas da prevenção e não tiver cura será eliminado, como já o são hoje os incuráveis e até as crianças na Bélgica e Holanda. Que são sociedades pós-modernas, avançadas, que trilham já os ameaçadores caminhos do futuro que aqui estou a profetizar...

4. A terceira e última profecia refere-se ao neuro – *enhancement* ou potenciação das capacidades cerebrais. A primeira profecia, como referi, é que a melhoria das capacidades cerebrais acontecerá espontaneamente, só que será muito lenta. Mas a descoberta recente, por Hamilton e Zreik, de formas de estimulação de áreas cerebrais específicas, estimulação directa e transcraniana com eléctrodos aplicados no couro cabeludo, suporta a profecia: a pessoa carrega num pequeno botão e são libertadas amperagens minúsculas que atingem os neurónios em zonas escolhidas, de acordo com o conhecimento dado pelo Human Brain Project que está a mapear as zonas cerebrais relacionadas com as actividades psíquicas; assim a pessoa conseguirá aumentar a activação dessas zonas, incrementando os potenciais de membrana dos neurónios já naturalmente activos.

Então, este futurível **humanus** usará, livremente, o seu simples e leve equipamento de estimulação cerebral para potenciar a sua memória ou para aumentar as capacidades cognitivas sensoriais; ou mesmo para ampliar as capacidades criativas tornando-se um inventor fantástico de novos equipamentos, para tudo e mais alguma coisa. Hoje estes objectivos de melhoria são procurados por meios químicos, chama-se-lhes dopagem e são punidos. Mas a profecia é que os meios eléctricos e químicos serão, nesse futuro profético, de uso obrigatório para que todos sejam neuro potenciados.

5. Aqui ficam as minhas profecias para a medicina do futuro.

Dir-me-ão: mas a ética não vai impedir que elas se realizem?

Respondo a esta pertinente questão sem ser cínico, mas sendo, rigorosamente, pragmático. Assim respondo:

A ética é uma capacidade do cérebro humano que permite aos seres humanos tomarem decisões após ponderação de valores

Os valores, que são conteúdos psíquicos individuais, memorizados, resultam da avaliação que cada um faz às percepções sensoriais do mundo exterior.

Esta avaliação é estética, moral e racional e refere-se ao bem-estar pessoal.

Portanto, cada um decide escolhendo o belo, o bom e o útil. Para si próprio. E não o feio, o mau ou o inútil e perigoso. Para si próprio.

E estas escolhas pessoais são exercício dessa capacidade cerebral a que chamo capacidade ética individual.

Assim sendo, penso que nenhum sujeito deixará de usar o estimulador cerebral se, tendo em atenção os seus valores individuais, considerar que essa estimulação é para ele, agradável, boa e muito útil.

Não tenho nenhuma esperança, nem confiança, na ética individual para impedir a robotização de tarefas maçadoras, por exemplo. Os super-cérebros profetizados saberão criar os valores individuais mais ajustados às valorizações que tais cérebros farão das suas percepções. Que influenciarão as decisões pessoais em cada caso concreto.

Mas, e a sociedade, vai aceitar essa evolução que profetizou?

Vai. A ética social, melhor a eticidade social ou moralidade pública, emana das pessoas que formam a sociedade, pois esta, a sociedade, é um conceito abstracto. As pessoas em sociedade aceitam um conjunto de normas comportamentais e decisórias que estão ordenadas para o bem comum e não para o bem individual. O principal bem comum é a coesão e a paz social.

Estou convicto de que as sociedades do futuro previsível vão criar valores sociais prontos para acomodarem como bons, socialmente, todos os progressos científicos que enunciei profeticamente. Porque eles não perturbarão nem a paz nem a coesão social.

Se, por exemplo, um dia vier a ser possível – mas isto eu não profetizo – a ectogénese, ou seja a geração de crianças sempre fora do útero de qualquer mulher, sem gravidez nem parto, ela será socialmente aceite, acolhida e praticada, como um grande triunfo da ciência biológica,

O mesmo direi da teletransportação quântica de um corpo humano, do fabrico de *cyborgs* munidos de implantes cerebrais que lhes permitirão comunicar telepaticamente uns com os outros e com os pobres seres humanos; que serão uma sub-espécie com formas de comunicação bem primitivas e muito limitadas.

Tudo isto e o muito mais que vai sendo ficcionado será aceite pelas sociedades do futuro.

Nenhuma ética o impedirá.

Termino, como comecei, repetindo o que disse o Profeta Jeremias:”... não vos deixeis seduzir pelos profetas que se acham entre vós...”

Mas bem gostava de vos ter seduzido.

ÉTICA E PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS

José Augusto Simões^{1}*

INTRODUÇÃO

Os agentes terapêuticos biológicos são utilizados há mais de uma centena de anos pela medicina científica. São exemplos destes agentes biológicos utilizados na clínica: as vacinas, os soros específicos, os anticorpos, os antigénios, certas substâncias alergénicas, o sangue e os seus derivados. No entanto, os agentes terapêuticos biológicos (ATB) tiveram uma evolução notável nas últimas duas décadas e a sua utilização encontra-se em plena expansão. A investigação nos domínios da inflamação e da imunologia, o estudo das células estaminais multipotenciais, o desenvolvimento das tecnologias da cultura de tecidos, da engenharia genética e da farmacologia molecular, facultaram a produção de compostos orgânicos muito complexos utilizados na clínica com objectivos diagnósticos e terapêuticos. As tecnologias biológicas criaram substâncias que constituem alternativas terapêuticas poderosas e eficazes em algumas doenças reumáticas, em doenças alérgicas e em doenças neoplásicas, facultaram a produção de compostos hormonais (insulina, hormona somatotrófica e seus substitutos) e permitiram novos e eficazes métodos de diagnóstico. Constituem uma magnífica esperança (e já realidade em circunstâncias que ainda se encontram sob intenso escrutínio) para muitas doenças dos foros da reumatologia, da oncologia, da dermatologia, da imunologia, da endocrinologia, da gastroenterologia e de outras áreas da medicina^{1, 2, 3}.

^{1*} Médico de Família. USF Marquês de Marialva. ACeS Baixo Mondego. Correspondência para: José Augusto Rodrigues Simões, Rua Teófilo Braga, 25, 5º Dto, 3030-076 Coimbra, Portugal; E.mail: jarspt@sapo.pt

Mas, o aspeto em consideração é o dos condicionamentos da prescrição dos agentes terapêuticos designados por biológicos no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Estes condicionamentos têm, evidentemente, dimensões éticas, sobretudo devido aos extraordinários custos financeiros destas substâncias que muito dificilmente podem ser cobertos na sua totalidade pelos seus destinatários e pelos sistemas de financiamento dos cuidados de saúde. Por outro lado, existem outras restrições à sua utilização e exigências de ordem técnica na sua utilização prática com dimensões éticas que importa considerar⁴.

1. O QUE SÃO OS AGENTES BIOLÓGICOS

Um medicamento biológico, ou, como é mais conhecido, um agente biológico, é qualquer medicamento extraído ou modificado a partir de fontes biológicas. Os biofármacos têm características diferentes dos produtos farmacêuticos quimicamente sintetizados. Como referido são exemplos de produtos biofarmacêuticos as vacinas, o sangue e os derivados sanguíneos, os anticorpos, os antigénios, mas também as terapêuticas utilizando células somáticas (estaminais ou outras), enxertos de tecidos, compostos híbridos (humanos e sintéticos), compostos quiméricos (parcialmente de origem humana e de outros seres vivos) e proteínas terapêuticas recombinantes⁵.

Os agentes biológicos podem ser constituídos por glúcidos complexos, proteínas, ácidos nucleicos ou combinações dessas substâncias, ou podem ser entidades como células e tecidos vivos. Os agentes biológicos são isolados a partir de uma variedade de fontes naturais – humanas, animais ou microrganismos – e podem ser produzidos por manipulação biotecnológica. Os agentes biológicos baseados em genes e estruturas celulares, por exemplo, estão na vanguarda da investigação biomédica e podem ser utilizados para tratar uma variedade de situações clínicas para as quais não há outros tratamentos disponíveis⁵.

A terminologia relativa aos biofármacos refere-se a subconjuntos terapêuticos. Algumas agências reguladoras usam os termos *medicamentos biológicos ou agentes biológicos* para se referirem especificamente aos produtos produzidos por técnicas de engenharia macromolecular, distinguindo-os dos produtos extraídos diretamente de uma fonte biológica^{5, 6, 7},

como o sangue, os componentes do sangue e as vacinas,^{6,7}. Por exemplo a Agência Europeia de Medicamentos define *medicamento biológico* como uma substância farmacêutica utilizada para fins terapêuticos ou de diagnóstico *in vivo* que é produzida utilizando uma fonte biológica⁶.

Principais classes

– *Extraídos de sistemas vivos*

Alguns dos produtos biológicos mais antigos são extraídos de animais ou de outros seres humanos, e incluem⁵:

- O sangue total e outros componentes do sangue.
- Órgãos e transplantes de tecidos.
- As células estaminais.
- Anticorpos para imunização passiva.

Alguns produtos biológicos que inicialmente eram extraídos de animais, como a insulina, são agora sobretudo produzidos utilizando DNA recombinante.

– *Produzidos por DNA recombinante*

Como já referido, o termo *agentes biológicos* pode ser utilizado para se referir a uma vasta gama de produtos biológicos usados em medicina. No entanto, na maioria dos casos, o termo é utilizado de uma forma mais restritiva e designa uma classe de agentes terapêuticos (aprovados ou em desenvolvimento) que são produzidos por meio de processos biológicos que envolvem tecnologia do ADN recombinante. Estes medicamentos são de vários tipos^{6,7}:

- a) Substâncias que são (quase) idênticas às proteínas do próprio corpo. Exemplos são a produção da proteína estimulante da produção de eritrócitos pela medula (eritropoietina), a hormona estimulante do crescimento chamada simplesmente “hormona do crescimento” ou a insulina humana biossintética e seus análogos.

- b) Anticorpos monoclonais terapêuticos. Estes são semelhantes aos anticorpos que o sistema imunológico humano utiliza para combater bactérias e vírus; são geralmente fabricados utilizando a tecnologia dos hibridomas. Podem ser produzidos para neutralizar ou bloquear especificamente uma substância activa no corpo humano, podendo ser “feitos à medida” para qualquer tipo de célula alvo específica. São exemplos de anticorpos monoclonais terapêuticos: *adalimumab* para a artrite reumatóide e psoríase; *denileukin difitox* para o linfoma de células T; *golimumab* para a artrite reumatóide, psoríase, doença de Crohn e colite ulcerosa; *infiximab* para a artrite reumatóide, psoríase, doença de Crohn, colite ulcerosa; *trastuzumab* para o cancro da mama; *ustekinumab* para a psoríase.
- c) Proteínas de fusão, geralmente produzidas com base num recetor natural ligado à estrutura de uma imunoglobulina. Neste caso, o recetor fornece a base com as características da sua especificidade, ao passo que a estrutura de imunoglobulina confere a estabilidade do produto.
- d) Outras substâncias de natureza múltipla úteis em termos de farmacologia. Alguns exemplos são: *abatacept* para a artrite reumatóide; *alefacept* para a psoríase; *etarnercept* para a artrite reumatóide e psoríase.

Os agentes biológicos como classe terapêutica neste sentido mais restrito tiveram um impacto profundo em muitos campos da medicina, principalmente na reumatologia⁸, na dermatologia⁹, na gastroenterologia¹⁰ e na oncologia¹¹ entre outras. Na maioria dessas disciplinas, os agentes biológicos adicionaram opções terapêuticas para o tratamento de doenças, incluindo algumas para as quais não existiam terapêuticas eficazes disponíveis, e outras para as quais as terapêuticas existentes eram claramente insuficientes. Contudo, o advento das terapêuticas biológicas tem levantado algumas questões complexas como o facto de os pacientes mais velhos estarem em maior risco de infeções oportunistas com risco de vida, de eventos cardiovasculares adversos e de doenças malignas¹². Por outro lado, existem graves preocupações de fármaco-economia, uma vez que o custo financeiro

destas terapêuticas biológicas tem sido muito superior ao dos medicamentos (farmacológicos) convencionais. Este facto tem sido particularmente relevante uma vez que muitos medicamentos biológicos são utilizados para o tratamento de doenças crónicas, como a artrite reumatóide, a psoríase, as doenças inflamatórias do intestino⁴, e para o tratamento de neoplasias de outro modo não tratáveis. Estas terapêuticas atualmente devem ser prescritas durante todo o resto da vida dos portadores dessas doenças. O custo anual do tratamento com um anticorpo monoclonal típico para indicações relativamente comuns é na ordem de 7.000,00-14.000,00 € por paciente¹³.

A comparticipação actual do Estado Português, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), no preço dos medicamentos de venda ao público é fixada de acordo com os seguintes escalões:

- Escalão A – 90%;
- Escalão B – 69%;
- Escalão C – 37%;
- Escalão D – 15%.

Os escalões de comparticipação variam de acordo com as indicações terapêuticas do medicamento, a sua utilização, as entidades que o prescrevem e ainda com o consumo acrescido para doentes que sofram de determinadas patologias.

Exemplos:

Escalão A:

- Grupo 8 – Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas;
- Grupo 15 – Medicamentos usados em afeções oculares;
- Grupo 16 – Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores;

Escalão B:

- Grupo 1 – Medicamentos anti-infecciosos;

- Grupo 2 – Sistema nervoso central;
- Grupo 3 – Aparelho cardiovascular;

Escalão C:

- Grupo 7 – Aparelho geniturinário;
- Grupo 9 – Aparelho locomotor;
- Grupo 10 – Medicação antialérgica;

Escalão D:

Podem ser incluídos no escalão D os novos medicamentos, medicamentos com comparticipação ajustada ou medicamentos que, por razões específicas e após parecer fundamentado emitido no âmbito de processo de avaliação do pedido de comparticipação, fiquem abrangidos por um regime de comparticipação transitório.

Alguns dos medicamentos biológicos a que nos referimos são comparticipados pelo escalão D em consultas institucionais de referência (oncologia, dermatologia, reumatologia). Alguns são facultados gratuitamente em certos departamentos hospitalares; nomeadamente, os medicamentos que se aplicam em doenças raras, em algumas doenças inflamatórias da pele e das articulações, em doenças oncológicas, em doenças degenerativas do sistema nervoso central, para certas doenças infecciosas, para a medicina dos transplantes de órgãos e para a paramiloidose do tipo português, que parecem ser domínios atuais e preferenciais destes novos agentes biológicos. Estes estão abrangidos por regimes especiais de prescrição no âmbito do SNS, geralmente de aplicação restritiva.

2. RESTRIÇÕES AO USO DE AGENTES BIOLÓGICOS

As restrições que se colocam à utilização generalizada dos medicamentos biológicos mais recentes não são apenas de ordem financeira (embora essas sejam muito importantes e a ética exija que os custos de fabrico, de distribuição e de utilização desses medicamentos sejam transparentes). De facto, são muito caros, raros e de acesso difícil. São preparados a par-

tir de organismos vivos ou dos materiais orgânicos que os constituem por processos muito complexos e exigentes³. São moléculas heterogêneas e instáveis; existem muitas dificuldades na sua preparação e conservação, na manutenção da sua eficácia biológica que se dirige geralmente a processos fisiopatológicos muito específicos de certas doenças e de certos doentes. Muitos destes novos medicamentos, que estão hoje às centenas em regimes experimentais de produção (como se viu agora nos doentes com vírus de Ébola), são introduzidos no arsenal terapêutico e com frequência são rapidamente retirados ou substituídos por outros com mais vantagens ou mais inócuos, porque envolvem insuspeitados riscos para os seus utilizadores. Alguns destes medicamentos têm que ser preparados ou adaptados para certas características individuais. Portanto, alguns medicamentos e algumas pessoas exigem adaptação individual do medicamento ao seu organismo (como aliás acontece nos transplantes de órgãos). Como se pode calcular, uma utilização generalizada comportará custos insuportáveis para os sistemas nacionais de saúde, os quais terão que se adaptar às circunstâncias.

Os agentes terapêuticos biológicos pressupõem um sistema exigente e complexo de administração e de monitorização dos seus efeitos, que implicam avaliações intensivas clínicas e laboratoriais da sua eficácia e das suas ações acessórias. Tenha-se presente o que ocorreu com a SIDA e com o fator da hepatite C nas administrações de sangue e dos seus derivados, com as quais se induziram doenças graves com agentes terapêuticos biológicos.

As normas de orientação terapêutica, mesmo as que são elaboradas pelas sociedades científicas mais exigentes, pela “*medicina dita baseada na evidência*” (medicina apoiada em documentação científica obtida por metodologias corretas e confirmadas), por consensos alargados, pelas organizações profissionais, pelos estados e pelas entidades reguladoras, não são critérios éticos de prescrição de medicamentos. Estes devem passar sempre pela consciência (esclarecida nos domínios científicos, profissionais e éticos) dos médicos que os prescrevem. As normas de prescrição emitidas abstratamente (sem se considerarem as características pessoais dos doentes e as condições em que são prescritas) são sempre normas de orientação terapêutica. São úteis e devem conhecer-se, mas o médico prescritor é sempre o responsável pela prescrição (ou não prescrição) de um medicamento

que se adequa ao seu destinatário e pelo esclarecimento do doente a que se destina. Não pode alienar a sua plena responsabilidade da prescrição (e da orientação dos doentes). Deve, no entanto, partilhar a responsabilidade com as entidades que produzem, avaliam e distribuem os medicamentos e com as entidades que controlam o sistema de prestação dos cuidados de saúde. Por isso deve ter uma voz ativa em todos os níveis dos cuidados de saúde para que os seus critérios de ponderação sejam considerados. E, não ficará nunca mal ao médico fazer exigências fundamentadas a todas as entidades envolvidas na prestação de cuidados de saúde pelas pessoas e pelas necessidades dos doentes que tem sob sua responsabilidade.

3. CORRETA PRESCRIÇÃO

Para uma correta prescrição reúnem-se o saber e a arte médicas. O médico prescriptor utiliza processos de pensamento racionais e intuitivos para solidificar a sua recomendação terapêutica. O saber provém do conhecimento da documentação científica construída a partir de rigorosas metodologias e, por isso, capaz de gerar graus de recomendação emitidos por entidades idóneas. A arte engloba a empatia do médico com o paciente, o respeito pelas suas crenças e particularidades, a preocupação com a informação a ser-lhe fornecida, a capacidade para garantir a sua adesão ao tratamento e o desejo de contribuir para a satisfação e qualidade de vida do paciente¹⁴.

A ética deve estar presente em todos os domínios da sua intervenção. Para garantir um saber atualizado, o profissional tem o dever ético de manter uma educação médica contínua, para estar ciente dos avanços de uma ciência mutável e permanentemente atualizada por novas demonstrações científicas. Não é ético desconhecer medidas que possam reduzir significativamente o sofrimento, a morbilidade e a mortalidade dos pacientes. A arte dos cuidados reflete-se no compromisso subjetivo de garantir que os procedimentos atingem os objetivos terapêuticos pretendidos e sejam satisfatórios para os pacientes¹⁴.

É ética a elaboração de normas de orientação clínica desde que estas sejam absolutamente fundamentadas em documentação científica idónea e

em normas éticas corretas. No atual contexto de crise financeira é mesmo desejável que tal aconteça. Podem ser completadas com a elaboração de protocolos institucionais elaborados por consensos para o uso racional e custo-efetivo de novos medicamentos, nomeadamente dos agentes biológicos. No entanto, em todos os protocolos ou normas de orientação clínica, sendo a independência e a responsabilidade na prescrição inseparáveis da boa prática clínica, o direito à exceção, devidamente fundamentada, deve estar contemplado¹⁵.

Qualquer norma de orientação clínica irá definir um ponto de referência para o pensamento sobre um determinado tema. Em geral, há pouca orientação ética para os profissionais de saúde na tomada de decisões sobre a alocação de recursos. As orientações emitidas pelo *General Medical Council*, no Reino Unido, reconhecem que um médico deve considerar as necessidades de seus pacientes individualmente, ao mesmo tempo, tendo em conta que o tratamento para um paciente em particular pode ter impacto sobre a disponibilidade de tratamento para outros pacientes¹⁶.

Ao decidir a priorização da prescrição de um recurso limitado, os médicos devem ter em conta os três deveres éticos dos cuidados de saúde (proteger a vida e a saúde, respeitar a autonomia e tratar com justiça). Em muitos casos, esta avaliação deverá dar prioridade à necessidade de proteger a vida e a saúde e de aliviar o sofrimento daqueles cujas necessidades em saúde pela avaliação clínica sejam maiores ou mais urgentes¹⁶. Os pacientes devem poder confiar nos médicos as suas vidas e bem-estar. Para justificar essa confiança, como profissão, têm o dever de manter um bom padrão de prática, de cuidados de qualidade, e mostrar respeito e sentimentos de compaixão pela vida humana.

Os conflitos podem surgir quando os médicos são chamados a tomar decisões sobre o uso dos recursos e sobre o cuidado aos pacientes, quando as necessidades de cada paciente e as necessidades de uma população de pacientes não podem ambas ser cumpridas integralmente. Os médicos devem ter consciência destes dilemas coletivos que não têm uma solução simples. Ao tomar tais decisões, os médicos devem ter em conta as prioridades, as contingências e as limitações definidas pelas autoridades sanitárias, administrativas e as do SNS; e ainda as emitidas pelas entidades

coordenadoras e as de financiamento. Mas também devem ter claro qual é o seu próprio papel na defesa das pessoas e dos direitos doentes. Como clínicos, os médicos devem ter a sua primeira preocupação no cuidado dos seus pacientes, tendo em conta os efeitos das suas decisões sobre os recursos e opções disponíveis em outros pacientes. As limitações que lhe são impostas na sua actividade pelas circunstâncias em que trabalham, nomeadamente as restrições da liberdade de prescrição de medicamentos que porventura a sua consciência indica que seriam mais adequados a certas situações individuais, devem ser transmitidas aos doentes que neles confiam para os tratar na saúde e na doença, com clareza e sem subterfúgios. Se os médicos, em qualquer circunstância, entendem que estão a limitar os benefícios possíveis a um doente por limitações de recursos que poderiam utilizar em seu benefício, então deverão transmitir-lhe essa limitação (que é sua e da instituição em que participam) e indicar-lhe claramente a via de a ultrapassar.

Como gestores, os médicos devem alocar os recursos da maneira que melhor serve os interesses de uma comunidade ou de uma população de pacientes. Em todos os papéis, os médicos devem fundamentar as suas decisões em dados objetivos, na investigação científica idónea e em eventuais auditorias para fazer a melhor utilização possível dos recursos disponíveis¹⁶.

Caso existam “*Normas de Orientação Clínica*” publicadas pelas autoridades competentes (em Portugal a Direção Geral de Saúde em colaboração com a Ordem dos Médicos) é esperado que os profissionais de saúde as tenham em consideração no exercício da sua actividade clínica. No entanto, as normas da DGS não substituem a responsabilidade individual dos médicos nas tomadas de decisão apropriadas de acordo com as circunstâncias de cada paciente.

É verdade que o Serviço Nacional de Saúde tem o dever de fornecer cuidados de saúde aos seus destinatários. Porém, porque os recursos de que dispõe são finitos, esse dever não constitui (não é possível constituir) a disponibilização permanente de todos os tratamentos possíveis em todas as circunstâncias.

“*Os médicos têm o dever de participar, pela ponderação da sua actividade de prescretores, na contenção de custos*” defende o Parecer 64/2012, do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida¹⁵.

4. CONVENÇÃO EUROPEIA DOS DIREITOS HUMANOS

A Convenção Europeia dos Direitos Humanos (incorporada na lei portuguesa¹⁷) confere o direito de todos os cidadãos portugueses a todos os tratamentos médicos?

O artigo 2.º afirma que existe um “*direito à vida*”. Pelo que há uma obrigação positiva de o Estado garantir que este direito seja respeitado. Será que isso significa a existência de um direito ao acesso a todos os tratamentos médicos? A obrigação positiva nos termos do artigo 2.º deve ser interpretada de uma forma que não imponha uma carga impossível ou desproporcionada ao Estado. Portanto, embora se possa esperar que ele faculte todos os tratamentos necessários a quem deles precisa, as entidades responsáveis devem agir com prudência, com justiça, com clareza e sem discriminações na alocação dos recursos que podem mobilizar com esse objectivo¹⁶.

O Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, num acórdão relativo ao Reino Unido (1998) 29EHRR245¹⁸, disse que há lugar a uma série de decisões políticas relativas ao uso dos recursos estatais, que cabe aos Estados Contratantes avaliar com base nos seus objetivos e prioridades, que, no entanto, devem ser compatíveis com os valores das sociedades democráticas e os direitos fundamentais garantidos pela Convenção¹⁶.

A recusa de financiar tratamento médico baseada na idade avançada do paciente pode ser uma violação do artigo 2.º e do artigo 14.º (proibição de discriminação). Este último também é relevante, quando os recursos para o tratamento são discriminados em razão de características de sexo ou de características de origem social. Daí o Parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (64/CNECV/2012)¹⁵ ser inaceitável para muitos¹⁹ “*ao abrir a porta à discussão da possibilidade da discriminação com base na idade. A mudança de paradigma proposta*” pelo Parecer “*permite a limitação do fornecimento de cuidados de saúde apenas com base neste critério. Para além de ser eticamente inaceitável a limitação de cuidados de saúde a uma pessoa apenas pelo facto de se ser idoso (sendo aliás impossível determinar com clareza a linha a partir da qual se é idoso), o utilitarismo na saúde permite em abstrato qualquer tipo de discrimi-*

*nação sendo que a idade é apenas uma das suas formas possíveis. E isso é contrário à doutrina da igual dignidade de todas as pessoas*²¹⁹.

E o próprio Código Deontológico dos Médicos²⁰, logo no n.º 4 do artigo 5.º, refere que “*o médico, no exercício da sua profissão, deve igualmente, e na medida que tal não conflitue com o interesse do seu doente, proteger a sociedade, garantindo um exercício consciente, procurando a maior eficácia e eficiência na gestão rigorosa dos recursos existentes*” e, de forma mais detalhada, todo o artigo 111.º regula estes deveres sociais relacionados com os custos, inerentes à profissão.

5. CONCLUSÃO

Por fim, abre-se aqui uma oportunidade para as Comissões de Ética para a Saúde se organizarem de modo a poderem dar aconselhamento, em tempo útil, sobre as questões de alocação de recursos ao nível dos cuidados de saúde individuais, e não só, como fórum privilegiado para aconselhar no estabelecimento de prioridades para o acesso a terapêuticas racionadas a nível hospitalar.

A nível internacional, alguns fóruns para definição de prioridades desenvolveram um quadro ético para informar sua decisão. A definição de um tal quadro ético em Portugal ajudará a assegurar a coerência e a transparência da tomada de decisão na prescrição de agentes biológicos.^{2**}

^{2**} Conflito de Interesses: José Augusto Simões declara já ter sido preletor em eventos científicos, patrocinado pelas companhias Merck Sharp & Dohme, Novartis e Pfizer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(Endnotes)

1. Delves, PJ. Roitt, IM. The Immune system: first of two parts. *The New England Journal of Medicine*. 2000; 343(1): 37-49.
2. Delves, PJ. Roitt, IM. The Immune system: second of two parts. *The New England Journal of Medicine*. 2000; 343(1): 37-49.
3. Machado, NP. Monoclonal antibodies: physical development and therapeutic perspectives. *Infectio*. 2006; 10(3): 186-197.
4. Veloso, FT. Infliximab-dependência. *GE J Port Gastreterol*. 2012; 19(3): 130-132.
5. Center for Biologics Evaluation and Research. What is a biological product? Food and Drug Administration. Disponível em <http://www.fda.gov/AboutFDA/Transparency/Basics/ucm194516.htm>.
6. Rader, RA. (Re)defining biopharmaceutical. *Nat. Biotechnol*. 2008; 26(7): 743-51. doi:10.1038/nbt0708-743.
7. Walsh, G. *Biopharmaceuticals: Biochemistry and Biotechnology*, Second Edition. John Wiley & Sons Ltd.
8. Bianchi, WA. Maretti, GB. Bianchi, DV. Elias, RF. Bianchi, BV. Terapia biológica em artrite reumatoide. *Novas perspectivas no controle e remissão. Jorn Brasil Med*. 2012; 100(2): 57-65.
9. Torres, T. Velho, GC. Sanches, M. Selores, M. Psoríase na era dos biológicos. *Acta Med Port*. 2010; 23: 493-498.
10. Kosuch, PL. Hanauer, SB. General principles and pharmacology of biologics in inflammatory bowels disease. *Gastreterol Clin of North Am* 2006; 35: 757-73.
11. Leveque, D. Wisniewski, S. Pharmacokinetics of therapeutic monoclonal antibodies used in oncology. *N Cancer Research* 2005: 2327-44.
12. Kerr, LD. The use of biologic agents in the geriatric population. *J Musculoskel Med*. 2010; 27: 175-180.
13. Miranda, VP. Maia, S. Oliveira, L. Guedes, M. Menéres, P. Agentes biológicos nas uveítes pediátricas não infecciosas. *Oftalmologia*. 2012; 36(4): 337-351.
14. Wannmacher, L. A ética do medicamento: múltiplos cenários. OMS. *Uso racional de medicamentos: Temas selecionados*. 2007; 4(8). Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/v4n8_etica_medicamentos.pdf.

15. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Parecer 64/CNEV/2012. Parecer sobre um Modelo de Deliberação para Financiamento do Custo dos Medicamentos. Disponível em http://www.enecv.pt/admin/files/data/docs/1348745574_Parecer%2064_2012%20CNECV%20Medicamentos%20SNS.pdf.
16. Johnston, C. Slowthe, A. Ethical Considerations. UK Clinical Ethics Network. 2004. Disponível em http://www.ukcen.net/uploads/docs/ethical_issues/resource.pdf.
17. Lei n.º 65/78, de 13 de Outubro, publicada no Diário da República, I Série, n.º 236/78 (retificada por Declaração da Assembleia da República publicada no Diário da República, I Série, n.º 286/78, de 14 de Dezembro).
18. Donald, A. et al. Evaluating the impact of selected cases under the human rights act on public services provision. Equality and Human Rights Commission. 2009. Disponível em <http://www.equalityhumanrights.com/researchreports>.
19. Associação Portuguesa de Bioética. Parecer sobre Racionamento em Saúde. Relator: Rui Nunes. 2012. Em: <http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1355140818parecer.pdf>.
20. Ordem dos Médicos. Regulamento n.º 14/2009. DR, II Série, n.º 8, 13 de Janeiro de 2009. 1355-1369.

CUSTOS SOCIAIS DA PORNOGRAFIA^{1*}

Fernando Rodríguez Borlado

O Whitherspoon Institute, conjuntamente com o Institute for the Psychological Sciences e o Social Trends Institute, começou a organizar há alguns anos um ciclo de conferências sobre os efeitos da pornografia. Nele entrevistaram especialistas de diferentes áreas: psicólogos, psiquiatras, sociólogos, juristas e antropólogos. Os textos das comunicações foram compilados posteriormente no livro «*Os Custos Sociais da Pornografia*», publicado recentemente em espanhol².

1 – A NORMALIZAÇÃO DA PORNOGRAFIA

O livro divide-se em três secções, mais um resumo bibliográfico das investigações mais relevantes sobre o tema. Na primeira exploram-se os danos provocados por uma autêntica «avalanche» de pornografia, como várias vezes a definem os autores. Os danos são estudados desde um ponto de vista cultural, neurológico e na sua relação com os comportamentos violentos e as relações sociais.

No primeiro dos ensaios, a escritora e periodista Pamela Paul explica como a pornografia abandonou o recanto obscuro e clandestino que ocupava até à década de 80, e se instalou na cultura popular. Não se trata apenas de o material pornográfico estar muito mais acessível graças à Internet, não se trata apenas de se produzirem todos os anos mais filmes deste tipo (com uma prevalência preocupante, para além disso, de pornografia violenta ou

^{1*} Sob licença de *Aceprensa* (www.aceprensa.pt); recebido em 23 de Agosto, 2014.

² James R. Stoner y Donna M. Hughes (ed.), *Los costes sociales de la pornografía*, Rialp, Madrid (2014), 317 págs., 20 € (papel) / 11,99 € (digital).

degradante); o mais grave, pensa Paul, é a sua crescente aceitação social: as jovens pousam descaradamente em posturas pornográficas nas redes sociais; as estrelas porno aparecem com frequência nas mesmas revistas sensacionalistas que cantores, atores e outras celebridades destacáveis. Parte desta normalização da pornografia conseguiu-se graças a uma pensada estratégia de “desmitificação” deste tipo de material, eliminando a auréola de proibido que o rodeava e oferecendo-o, pelo contrário, como algo “sexy” e inclusivamente divertido. Neste sentido, Pamela Paul recorda algumas comédias recentes onde os protagonistas se dedicam alegremente a trabalhar na indústria pornográfica, sem que aquilo pareça interferir de todo nas suas vidas correntes.

2 – UM ASSUNTO DE SAÚDE PÚBLICA

Jill C. Manning, terapeuta familiar que escreve um capítulo sobre a influência da pornografia na mulher, recorda como lhe chamou a atenção ver uma adolescente que vestia uma camisola onde se podia ler: “futura estrela porno”. Aquilo fê-la reflectir: “O que leva uma jovem a fazer tal anúncio? Qual é o seu significado? A quem espera ofender ou atrair? Quem tira proveito deste tipo de produtos? E se se trata de uma piada, como e quando trabalhar na indústria do sexo se tornou divertido em vez de desesperado e abusivo?”.

O exemplo desta rapariga, e de muitos outros jovens que Manning pôde tratar em consultas, levou-a a admitir que, lamentavelmente, hoje em dia a pornografia está muito presente no dia a dia da juventude, e é a sua principal fonte de educação sexual.

Tendo em conta a mensagem que a pornografia envia aos seus consumidores sobre a relação entre homem e mulher, esta omnipresença do porno supõe um problema de saúde pública de primeira ordem. Mulheres e raparigas adolescentes enfrentam uma cultura sexual moldada pela pornografia, que influi no modo de se verem a si mesmas e no tipo de relações que mantêm com os homens.

Segundo a sua experiência de terapeuta, Manning constata que “as adolescentes cada vez toleram mais abusos emocionais, físicos e sexuais

nas suas relações”. A autora reflete com ironia sobre como as novas gerações de jovens renegam a prática das ideias feministas de outrora, que reivindicavam a autodeterminação da mulher e a libertação de um domínio patriarcal.

3 – PROBLEMAS ENTRE CASAIS

Todos os autores coincidem em assinalar alguns dos problemas associados à pornografia, recolhidos, também, numa cada vez mais extensa bibliografia. A exposição repetida a material pornográfico promove que os seus consumidores tenham interpretações exageradas sobre a prevalência da actividade sexual entre a população geral; que se reduza o desejo de obter a exclusividade sexual com uma só pessoa (pelo que perde interesse o ideal de casar-se e formar uma família); aumenta o risco de desenvolver uma baixa autoestima, sobretudo nas mulheres; gera uma imagem cínica do amor e uma visão da sexualidade como puro domínio sobre o outro.

Um dado revelador é que entre as mulheres que consumiram pornografia com assiduidade, directamente ou por exposição no domicílio familiar, é muito mais frequente uma atitude de indulgência com os delitos de violação, ou com o maltrato físico. A conexão entre pornografia e legitimação da violência é cada vez mais clara para os investigadores e terapeutas.

Outra tendência claramente documentada é a prevalência cada vez maior de problemas relacionados com a pornografia nos casos de divórcio. Testemunhos de homens e de mulheres confirmam que foi prejudicial para a sua satisfação sexual, as suas relações e a sua capacidade de ter intimidade com os seus cônjuges.

A maioria das mulheres entende como uma “traição” o consumo repetido de material pornográfico por parte do seu companheiro. Por outro lado, entre os homens, ainda que a consideração negativa da pornografia seja maioritária, percebe-se uma menor associação entre o seu consumo e a sensação de enganar a parceira. Várias associações de juízes manifestaram que o consumo de pornografia - quase sempre por parte do homem - é cada vez mais uma das causas principais nos litígios matrimoniais.

4 – UM “EDUCADOR” DE COMPORTAMENTOS

Parte do êxito da pornografia deve-se ao facto de reunir as condições para se converter num poderoso «educador» de comportamentos e convicções: a plasticidade da imagem, combinada com a especial vulnerabilidade do cérebro em momentos de excitação mental, e os mecanismos de recompensa fácil que oferece a pornografia, fazem dela um instrumento efficacíssimo para o doutrinamento.

Norman Doidge, psiquiatra e psicanalista, examina como a pornografia se aproveita da plasticidade do cérebro em matéria sexual, até formar o que ele denomina “um novo mapa cerebral”. Retomando algumas teorias freudianas, Doidge explica que a libido humana “não é um desejo biológico invariável, mas que manifesta uma curiosa volubilidade, alterando-se com facilidade em função da nossa psicologia e do nosso historial sexual”.

A exposição a material pornográfico na infância, um período crítico para a formação da sexualidade, é um fenómeno cada vez mais frequente, e pode gerar consequências que duram toda a vida. Para além disso, a ligação rápida à Internet “satisfaz todos e cada um dos pré-requisitos necessários para se dar a mudança neuroplástica”.

5 – TENDÊNCIA PARA O VIOLENTO

Doidge alerta para a transformação que se produziu nas últimas décadas a respeito da catalogação do material pornográfico: o que antes era considerado “pornografia suave” nem sequer se considera pornográfico hoje em dia, e esse tipo de conteúdos estão omnipresentes em publicidade, videoclips ou séries para o público em geral; por seu lado, o que antes era “pornografia dura” constitui hoje a norma neste sector, enquanto que o material duro actualmente manifesta uma perigosa tendência para o violento.

Esta mudança no paradigma da pornografia ajusta-se perfeitamente ao que se produz no cérebro do consumidor assíduo: no princípio sente-se repugnância perante determinados conteúdos, mas o hábito faz com que cada vez se requeira uma dose mais forte para alcançar os mesmos resultados. Daí que uma das consequências típicas do consumo frequente de

pornografia seja que se deixa de sentir vontade por ter relações normais com o parceiro.

Não obstante, assinala Doidge, os mesmos mecanismos cerebrais que nos permitem adquirir gostos problemáticos podem, mediante tratamento intensivo, levar-nos a gerar mapas cerebrais mais sãos.

6 – UMA LACUNA ANTROPOLÓGICA DE BASE

Na introdução do livro explica-se que não é possível entender o drama da pornografia centrando-se apenas na evidência dos danos sociais provocados; faz falta entender por que é nociva para o homem do ponto de vista antropológico.

A isso se dedica a segunda parte do livro, sobretudo o capítulo de Roger Scruton, filósofo e escritor. A tese principal de Scruton é que a pornografia aliena a sexualidade na medida em que elimina dela o seu elemento fundamental: a entrega ao outro, a relação interpessoal.

REPRODUÇÃO HUMANA E POLÍTICA¹

Paulo Vasconcelos Jacobina

Será que a dignidade da pessoa está em contradição com as políticas estatais sobre reprodução humana, que consideram indesejável todo e qualquer aumento populacional?

Ser Humano é bom. Este é o princípio jurídico base de toda a Lei Fundamental a que, em linguagem técnica, os juristas costumam chamar “*princípio da dignidade da pessoa humana*”.

Se ser Humano é bom, se as pessoas são dignas, elas não são dignas apenas individualmente. A proclamação de uma “dignidade” irrestrita do “indivíduo” humano negaria completamente o que a própria Constituição² quer estabelecer ao colocar a pessoa humana ao lado da cidadania, dos valores sociais do trabalho e da livre iniciativa, da soberania e do pluralismo como fundamentos para a nossa própria sociedade. “Pessoa” é sempre mais que indivíduo. Indivíduo é o ser no seu isolamento. “Pessoa” é o ser em relação.

Limitar a dignidade da pessoa humana à simples maximização dos interesses de cada indivíduo é promover exactamente o contrário do que o ordenamento deseja: pode ser do interesse de um indivíduo, numa determinada circunstância, e dentro de uma determinada ideologia, que os demais ao seu redor sejam eliminados. Mas uma eliminação assim, de muitos em nome dos interesses de um, jamais promoveria a dignificação da pessoa humana como tal.

¹ Enviado por *Zenit.org* em 7 de Abril, 2014.

² Refere-se à Constituição brasileira

Um dia destes, almoçando com uma professora de direito ambiental, ela perguntou, durante uma conversa: *“será que a terra não estaria melhor se a maioria das pessoas fosse eliminada? Se pensássemos bem”*, dizia ela, *“a reprodução humana viola sempre a nossa dignidade como espécie, porque provoca um aumento de degradação ambiental que prejudica a todos. Olho com alegria as políticas populacionais que visam manter, ou mesmo reduzir, a população humana, pelo bem da própria humanidade.”*

Esta opinião, que me chocou muito, simplesmente verbalizou um entendimento que é corrente, embora muitas vezes não explícito, nos meios académicos e jurídicos: o de que o aumento do número de pessoas humanas sobre o planeta é um facto absolutamente indesejável, a ser desestimulado, e mesmo combatido, por todas as políticas oficiais.

Dois políticas são adoptadas com base nesta visão: a promoção de relações humanas sexuadas não reprodutivas como tanto ou mais dignas do que as reprodutivas, por um lado, e a esterilização em massa dos casais reprodutivos, inclusive pela promoção pública do aborto como método supremo de controle populacional, por outro lado.

Este não é um fenómeno brasileiro, é um fenómeno mundial, e basta ligar a televisão para se deparar com a promoção irrestrita de políticas destas. Há, no entanto, aí, um enorme paradoxo: em nome da promoção de uma pretensa dignidade da pessoa humana, declara-se que o aparecimento de novas pessoas humanas ofende a dignidade da pessoa humana. Ou seja, para estes o ser humano é bom, desde que não produza mais seres humanos.

Não é aceitável, no entanto, declarar que o ser humano é intrinsecamente bom e, ao mesmo tempo, declarar que produzir mais seres humanos é intrinsecamente ruim. Não estou a falar aqui de planeamento familiar, de responsabilidade reprodutiva, que são realidades absolutamente desejáveis, uma vez que passam pelo reconhecimento de que os seres humanos são essencialmente seres materiais, e que portanto precisam de lidar bem com as relações materiais e económicas que estabelecem com os outros e com o meio ambiente em razão da sua simples existência. A falta de responsabilidade na reprodução é um acidente ruim num facto bom em si mesmo.

Refiro-me aqui à política estatal deliberada de controle populacional que pressupõe, no seu âmago, que mais seres humanos são uma realidade ruim por si mesma – que acidentalmente pode ser boa quando a fertilidade é baixíssima e os progenitores são economicamente poderosos. Não há como partir deste pressuposto e declarar que políticas assim promovem a dignidade da pessoa humana. Aquilo que é intrinsecamente bom, intrinsecamente digno, continua bom quando se reproduz, independentemente da presença eventual de circunstâncias adversas. Aquilo cuja reprodução é má também é mau em si mesmo, e só pode ser intrinsecamente desprovido de dignidade. Negar, pois, a bondade intrínseca da reprodução humana é negar, portanto, a própria dignidade da pessoa humana.

Paradoxo maior é que tal opção anti-humanista se dá no mesmo contexto de políticas públicas em que a promoção da actividade sexual indiscriminada pelo Estado pressupõe uma opção, nunca explicitada, pela ideia de que os instintos sexuais humanos não podem nem devem ser reprimidos, e que cabe ao Estado o seu direccionamento. É como se as pessoas fossem bichos no cio: não se pode imaginar que animais sejam capazes de controlar seus próprios impulsos libidinosos, mas o dono deve direccioná-los sempre em favor do rebanho e dos seus próprios interesses comerciais. Esta promoção de actividade sexual indiscriminada sempre caminha, portanto, associada com a defesa da redução das taxas de fecundidade: valorização do sexo homossexual, difusão gratuita dos meios de anticoncepção sob o pretexto do “sexo seguro”, promoção indiscriminada do aborto, e, recentemente, a pretexto de “combater discriminações”, a própria criminalização da opinião contrária como “crime de fobia”.

Quando o Estado passa por cima das famílias e promove o controle da natalidade, quando estimula e direcciona a afectividade das pessoas para relações inférteis, equiparando-as ou sobrevalorizando-as em comparação com as relações responsáveis e férteis, quando publicamente festeja o decréscimo puro e simples das taxas de natalidade em nome da preservação ambiental, quando esteriliza em massa as mulheres e os homens, quando se ignoram ou recusam as diferenças biológicas e corporais entre as pessoas, não está a lidar com gente, mas vê a sua população como gado. Não

se pode negar que o conceito de “dignidade da pessoa humana” é aberto e impreciso, mas não é absolutamente vazio de conteúdo: há condutas estatais que evidenciam o claro desamor pela humanidade, que são indiscutivelmente atentatórias da dignidade humana. Como dizia o poeta, “gado a gente marca, tange, ferra, engorda e mata, mas com gente é diferente”.

ASPECTOS DA CONTRIBUIÇÃO PORTUGUESA PARA O PROGRESSO DA MEDICINA¹

– Notas Históricas –

José de Paiva BOLÉO-TOMÉ^{2}*

São raros, mesmo muito raros, os nomes de Portugueses apontados como elementos de destaque numa época ou num lugar, qualquer que seja a área científica que se considere. Apenas nos *descobrimientos*, pelo espanto que causaram nos principais actores desta Europa em constante luta pelo poder, a referência aos Portugueses como autores de excepção, se tornou obrigatória.

Esta omissão sistemática tem várias causas; a principal, sem qualquer dúvida, parte dos próprios nacionais que, de há dois séculos para cá, têm esquecido os seus valores ou facilmente se deixam dominar por ideias e atitudes habilmente apresentadas por outros. Não é de admirar que esta falta de afirmação nacional possa conduzir a duas situações opostas: uma positiva, quando investigadores estrangeiros descobrem um País e um Povo recheados de valores, que são muito mais do que um bom lugar turístico, ou do que os herdeiros de um tal senhor *Da Gama*. Outra negativa, quando todo o trabalho de Portugueses ilustres é menosprezado, ignorado, ou atribuído a nomes semelhantes com nacionalidades diferentes.

¹ Texto baseado em duas Conferências complementares, uma proferida na Sociedade de Geografia de Lisboa em 28 de Novembro, 2013, e outra na Ordem dos Médicos, em Lisboa, em 12 de Março de 2014. Ver também: José Boléo-Tomé – *Os Portugueses na História da Assistência*; «Acção Médica» 67(4), Dezembro de 2003.

^{2*} Médico, Professor Catedrático Jubilado (Universidade de Lisboa).

É perfeitamente exemplar esta afirmação do historiador britânico J. H. Plumb, historiador que teve uma grande influência nas novas gerações de historiadores formadas no século XX, quando se refere aos Portugueses: «*além de Camões, há muito poucos escritores, arquitectos, pintores ou cientistas cujos nomes sejam conhecidos, a não ser por especialistas*»... Esta é a atitude mental corrente dos que dominam os espaços informativos, embora possam ser surpreendidos esporadicamente pela riqueza, variedade e qualidade cultural da nação portuguesa, numa ou noutra exposição internacional.

A Medicina não foge a esta regra. Quando citados, são cuidadosamente “castelhanizados”: Pedro *Hispano*, Pedro *Nuñes*, Francisco *Sanchez*, Juan *Rodriguez* (João Rodrigues de Castelo Branco, o Amato Lusitano), Ribeiro *Sanchez*, apresentado como o médico filósofo espanhol, são alguns exemplos do que se escreve e divulga, à margem de uma investigação histórica séria. E, no entanto, uma verdadeira e cuidadosa pesquisa, que em História é, sem dúvida, mais difícil do que nas outras ciências pela fluidez dos factos e das interpretações, leva-nos a descobrir contribuições notáveis que não têm sido valorizadas, ou permanecem ignoradas. E será esse o motivo e o objectivo deste esboço de texto onde, depois de uma breve resenha da história da Assistência e sua origem, serão seguidas três linhas de observação histórica em que se pode dizer que os Portugueses foram pioneiros, e que não constam em manuais ou tratados:

1. A reforma dos sistemas de Assistência Pública;
2. A reforma dos cuidados de saúde mental;
3. A reforma dos cuidados em situações de guerra

Serão apenas algumas notas que poderão servir de ponto de partida para desenvolvimentos mais completos.

1 – O HOSPITAL, CENTRO DE ASSISTÊNCIA

Se folhearmos os grandes tratados de História da Medicina encontramos nomes que correspondem a pessoas mais ou menos ligadas à arte de

atender doentes e tratar doenças. E pouco mais, isto é, não encontramos qualquer interesse e muito menos empenhamento dos poderes sócio-políticos das diferentes épocas históricas na criação de um sistema organizado de auxílio e apoio na doença. Podemos tomar conhecimento de actos isolados, talvez por isso mesmo notáveis e dignos de registo, mas sem sequência como organização ao serviço das populações.

Quando, nos anos 430 e 429 A. C., Hipócrates conseguiu dominar uma grande epidemia em Atenas mandando queimar nas ruas da cidade o material infectado para diminuir a propagação da doença, não foi o método que ficou registado na História com o devido destaque e, muito menos, o aparecimento de uma preocupação pela existência de um sistema público de assistência, mas sim e apenas o nome desse homem invulgar.

Quando, no século XIII, o cirurgião Fantino, de Sienna, impressionado com o terrível destino de dor e morte dos milhares de feridos de guerra na batalha de Montaperti³, foi pedir a Petrus Hispanus, insistentemente, que escrevesse um manual prático para tratamento dos feridos de guerra, fê-lo apenas em nome pessoal, sem qualquer mandato das Senhorias, dos magistrados ou dos síndicos dos Estados da península italiana. Nada existe que revele uma preocupação pela preparação de uma estrutura de apoio sanitário; ficou o livro, intitulado *Dieta Morborum Vulneratorum*, e sabe-se o nome do autor, Petrus Hispanus Portugalensis, o Pedro Julião nascido em Lisboa e que foi Papa.

É certo que desde muito cedo, em épocas historicamente identificáveis, encontramos, isso sim, referências muito antigas à criação de hospitais, embora essas referências possam não estar minimamente documentadas, perdendo-se no tempo. Supõe-se que os primeiros terão aparecido na Índia⁴, por volta do século sexto ou quinto A. C., e terão nascido graças a Sidharta Gautama («Buda»), filho do chefe de uma tribo indiana, e funda-

³ Batalha que ocorreu em 4 de Setembro de 1260, entre o partido dos *guelfos*, nome dado aos partidários dos Duques da Baviera que, apoiados pelos Papas, defendiam as liberdades comunais, e os *gibelinos*, partidários dos imperadores germânicos e da sua supremacia sobre todos os príncipes, incluindo o Papa. A batalha, ganha pelos gibelinos, foi uma das mais sangrentas da História da península italiana.

⁴ Albert S. Lyons – «Medicine; an illustrated History – Ancient India», pp. 106-119, New York, 1987.

dor do budismo. No século terceiro A. C., se fizermos fé em certas inscrições da época de Asoka, um dos mais importantes reis da Índia, que terá reinado entre 264 e 227 A. C., fala-se de novo em hospitais como lugares de tratamento. Um século mais tarde, um sucessor de Asoka, Duttha Gamañi, fez gravar que tinha mandado construir dezoito hospitais para os pobres. Da organização e funcionamento destes “hospitais” pouco ou nada se sabe, uma vez que pouco ou nada é possível extrair das gravações que chegaram aos nossos dias, incluindo os escritos médicos de Charaka e de Sushruta, os grandes médicos indianos (séc. I da era cristã).

Passaram-se séculos até ao aparecimento, no Ocidente, de instituições construídas de propósito para o tratamento de doentes que, na antiga Roma, foram conhecidos como os *nosocomia*, os «lugares dos doentes». Poderemos citar como exemplo os *valetudinaria* militares, mandados erigir por Júlio César, que foram aparecendo a partir do século I antes de Cristo. Um deles, o *valetudinarium* de Bona, na Alemanha, é provavelmente o primeiro de que existe documentação bastante completa, que permitiu a sua reconstituição⁵. Vegesio, escritor romano do século IV, dá-nos uma descrição notável destas edificações, de que existem ruínas, principalmente na Alemanha e na Áustria.

Pode-se dizer que, a partir daqui, a edificação designada, no seu conjunto, por *Hospital*, se impôs como uma necessidade, embora como instituição isolada, dependente de um ou outro governante, da generosidade de pessoas abastadas, ou de grupos religiosos. Citam-se, como exemplos, o que foi mandado edificar em Jerusalém pelo imperador Justiniano, no século IV, ou o de Cesareia, na Capadócia, construído junto de um convento por iniciativa de S. Basílio. E foi este o formato adoptado durante vários séculos – um convento tendo ao lado e dele dependente um hospital.

No ocidente ficou famoso o hospital mandado construir em Roma por Fabíola⁶, uma rica matrona romana, que recebeu a ajuda de um senador cristão, Pamaquio (380-400). O funcionamento deste hospital enquanto Fabíola viveu, ultrapassava as suas paredes, estendendo-se a todos os que,

⁵ Teresinha Covas Lisboa – «Breve História dos Hospitais», in “Notícias Hospitalares”, 4, nº 37, Junho-Julho, 2002, Rio de Janeiro.

⁶ Darlene R. Stille – «Extraordinary Women of Medecine». Scholastic Library Pub., 1997.

no exterior, necessitassem de ajuda⁷. Por isso, alguns historiadores consideraram ser este o primeiro exemplo histórico da prática de uma Medicina Social, sendo Fabíola uma verdadeira precursora do exercício da Enfermagem e da Assistência Social.

Muitos outros hospitais de características semelhantes se poderiam citar como, mais tarde, entre os séculos sétimo e oitavo, o famoso mosteiro beneditino de St. Gall, na Suíça. No seu planeamento completo, que nunca chegou a realizar-se, o mosteiro previa a existência da abadia, alojamento para peregrinos, escolas, hospital com as suas enfermarias, e residência para os trabalhadores leigos.

O ensino da Medicina, incentivado pela leitura dos autores gregos que terá sido introduzida em 548 por Cassiodoro, patrício romano que aderiu à vida monástica, constituiu um forte estímulo para a fundação de hospitais.

Esta ideia de hospital de matriz religiosa e ligado ao ensino, embora ainda não estruturado, foi igualmente desenvolvida no mundo islâmico que, a partir do século VII, se expandiu para todo o Próximo e Médio Oriente assim como para o Norte de África. O modelo islâmico de hospital fazia parte do complexo socio-cultural dependente da grande cidade (do califado) e era constituído por mesquita, escola, hospital, formando o *Bimaristan*, sendo *Bima* a pessoa doente e *stan* a casa.

A partir do final da Idade Média acentuou-se a tendência para subtrair os hospitais à influência e dependência monástica. Continuavam a ser, porém, instituições independentes umas das outras, com uma organização interna indefinida, e sem qualquer planificação conjunta no domínio da Assistência. Além disso, a sua ligação ao fundador ou doador principal viria a traduzir-se na decadência das instituições quando aqueles faltavam.

Este era o panorama em meados do século XV: alguns grandes hospitais que associavam hospedaria e hospício, e um bom número de pequenos hospícios nascidos por doações, sem qualquer organização e, em geral, com más condições para tratar doentes. Foi neste contexto que surgiram as primeiras grandes reformas da Assistência, reformas que tiveram uma característica comum: foram pensadas e desenvolvidas por portugueses,

⁷ Henry Chadwick – «The Early Church». Penguin Books, London, 1993.

mantendo-se vivas nos seus conceitos fundamentais, ao longo de mais de quatro séculos.

Noutros locais e ocasiões já tive a oportunidade de desenvolver cada uma delas, salientando o que as definiu: serem ímpares pelas suas características, pela qualidade e pela inovação, mantendo uma actualidade surpreendente.

2 – A REFORMA DOS SISTEMAS DE ASSISTÊNCIA PÚBLICA

Um nome: D. Leonor de Portugal, rainha, mulher de El-Rei D. João II.

Pode-se dizer que a grande reforma da Assistência teve início quando o Príncipe D. João, então regente do Reino, pediu ao Papa Sisto IV autorização para reunir num só grande hospital todos os pequenos hospitais dispersos pela cidade, insuficientes em meios e em capacidade (1479). Este pedido foi repetido em 1485 e prontamente deferido pelo novo Papa Inocêncio VIII. Foi assim possível reunir os diferentes legados que tinham dado origem aos pequenos hospitais. Foi um passo importante, de natureza administrativa e política, que deu à Rainha D. Leonor liberdade para avançar na concretização do seu sonho.

Qual era, na verdade, o sonho de D. Leonor? As *Confrarias da Caridade* eram instituições já existentes praticamente em toda a Europa cristã e, pelo menos assim se supunha, praticavam a caridade, isto é, davam apoio, conselho e encaminhamento social e económico aos necessitados, ao mesmo tempo que cultivavam um comportamento cristão. Mas a Rainha estava bem informada e sabia que, muitas vezes, cada confraria era uma sociedadezinha fechada, frequentemente com pouca caridade, e sem regras precisas de funcionamento. Sabia igualmente que uma instituição desta natureza poderia ter uma eficácia de cuidados muito maior se houvesse rigor nas regras e compromisso solene, e não apenas boa vontade e entusiasmos espirituais passageiros.

Partindo desta realidade, começou a pôr em prática o seu sonho a partir dos alicerces – a reforma das Confrarias da Caridade. Nasceram assim as Misericórdias, sendo a primeira a de Lisboa, instalada em 1498, já depois da morte de D. João II, sendo a Rainha Regente do Reino. O ano foi o mesmo da chegada à Índia da armada de Vasco da Gama.

O que poderemos encontrar de especial nestas totalmente novas instituições, as *Misericórdias*, de que a de Lisboa iria ser o modelo? Vejamos algumas das suas características.

A *Misericórdia* foi instituída como irmandade e confraria – dupla função, interna de auxílio mútuo, e externa, com extensão a todos os necessitados não pertencentes à confraria. Passava a dispor de um Conselho de doze oficiais e de um Provedor que seria o principal responsável, «*homem honrado, de autoridade, virtuoso, de boa fama*». Eram definidas claramente as competências e obrigações dos oficiais da confraria, de acordo com a distribuição de tarefas feita pelo Provedor: visitar os presos, os doentes, as pessoas envergonhadas e os hospitais, de acordo com o regulamento próprio, libertar os cativos e enterrar os mortos. Tudo isso fazia parte de um Compromisso solene, renovado anualmente.

A *Misericórdia* de Lisboa teria sido a primeira já com o formato definitivo. Aceita-se e acredita-se que terá sido precedida por um primeiro ensaio – a *Misericórdia* das Caldas, verdadeiro laboratório de tudo o que viria a ser uma excepcional organização, e que ficou, ainda como ensaio, com a responsabilidade de governo do Hospital que ali mandou construir, que foi o primeiro Hospital Termal do mundo. Terá sido o êxito desta primeira experiência – a *Misericórdia* das Caldas e o seu Hospital, com compromissos separados mas complementares – que encorajou a Rainha a prosseguir a sua invulgar reforma.

O *Compromisso* do Hospital Real das Caldas é um modelo notável de definição de funcionamento de um hospital moderno: quadro privativo em dedicação exclusiva, dirigido por um Provedor (seria hoje o Director...), «homem discreto e virtuoso» que «*poderá ser clérigo ou leigo, qual deles se achar mais pertencente para o dito officio. Porém, não queremos que seja frade nem comendador, nem pessoa poderosa*» (quereria dizer “político”?). Quanto ao resto, é espantosa a modernidade do *Compromisso* Hospitalar, quer nas normas administrativas e protocolos clínicos, quer nas ideias de «*equipa de saúde*», de visita clínica semanal, de apoio social, quer na prestação de contas e reuniões de balanço. Nesta nova concepção de hospital, acabava o conceito de “hospício”, isto é, *hospital/albergaria/asilo*. Foi ainda introduzida mais uma inovação: cada comunidade era respon-

sável pela “sua” Misericórdia e pelo “seu” Hospital, ligado à Misericórdia. Esta responsabilidade significava, não apenas apoio, mas igualmente vigiância, para que fossem cumpridas as regras constantes dos Compromissos.

À data da morte da Rainha, em 1525, existiam já 61 Misericórdias instaladas, estando várias já com hospital a funcionar, obedecendo rigorosamente ao modelo definido pela Rainha, no qual o Compromisso é uma peça essencial. O seu número iria subir rapidamente para mais de 700 espalhadas pelo Mundo Português, desde o Brasil, onde, em 1970, continuavam em actividade mais de 300, até ao Japão, com o moderníssimo Hospital Luís de Almeida, em Oita, sucessor do primeiro Hospital japonês, criado em 1555.

Esta rede de Misericórdias com o seu Hospital iria espalhar-se e prestar relevantes serviços na Assistência aos doentes até ao século XX, de que beneficiaram, não apenas os Portugueses espalhados pelo mundo, mas também os povos das regiões onde se encontravam implantadas as Misericórdias. Vale a pena citar Charles Boxer, historiador britânico, quando reconhece a qualidade invulgar destas instituições e do seu trabalho: *«Deram-se, certamente abusos e desvios, especialmente durante o século XVIII mas, no geral, as Misericórdias mantiveram padrões surpreendentemente elevados de honestidade e eficiência durante os séculos»*⁸. Padrões reconhecidos por todos, como o físico francês Charles Dellon, que passou alguns anos em Goa, entre 1673 e 1676.

Como todas as organizações que se evidenciaram fora da mesquinhez dos ambientes políticos, também a rede de Misericórdias e os seus hospitais sofreram assaltos dos poderes em voga. O primeiro foi dos Filipes que, uma vez senhores do poder, impuseram provedores de nomeação real; o segundo, muito curto, foi do Marquês de Pombal, que quis igualmente impor a sua vontade; o terceiro, e mais grave, foi o do período liberal e I República, em que foi extinto o carácter religioso das Misericórdias, entregues quase todas a comissões administrativas, assim como os respectivos hospitais, e espoliadas dos seus bens; finalmente, depois de um novo período

⁸ Charles R. Boxer – «O Império Marítimo Português» (*The Portuguese Seaborne Empire, 1415-1825*); trad. Port., edições 70, Lisboa, 1992, pp. 279-286.

do de renascimento e acção social e hospitalar de valor, as Misericórdias foram transformadas pouco a pouco em associações de beneficência, e os respectivos hospitais, que chegaram a constituir a notável e eficaz rede de Hospitais Sub-Regionais, a partir de 1971 foram sendo substituídos pelos “Centros de Saúde”, espécie nova que se supõe de origem búlgara.

O golpe de misericórdia ser-lhe-ia dado no consulado de Maria de Lurdes Pintassilgo, com a sua “nacionalização” ou dissolução pura e simples (1975).

Este foi um conceito de assistência de excelência que se impôs e resistiu a todas as tempestades durante séculos, excepto à tempestade desvairada de políticos, mas que continua a prestar serviços apesar de “quase destruído” pela mesquinhez humana. Para muitos, este conceito novo que nos tem acompanhado desde o final do século XVI continua desconhecido e, como é natural, continua ausente dos manuais da História da Medicina.

D. Leonor de Portugal: nascida Princesa em 1458, morreu Rainha-Viúva em 1525, deixando uma obra de Assistência Social que o tempo e os homens não conseguem apagar.

3 – A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL

Um nome: João Cidade Duarte, natural de Montemor-o-Novo, aventureiro⁹.

Não há engano: “aventureiro”, foi exactamente a ocupação que se pode atribuir a este português de excepção. Foi tudo e fez de tudo: viajante, pastor, soldado, pedreiro, construtor, vendedor ambulante. Fez de louco para conhecer o mundo da loucura e a resposta da sociedade, na dura realidade dos hospitais da época. Sozinho, aprendeu e praticou a enfermagem e a assistência social mais dura – a dos abandonados, dos excluídos, dos esquecidos, dos doentes ou dos vadios, nas ruelas e ruínas da última cidade, Granada, aquela que assistiu à espantosa transformação do aventureiro no reformador entusiasta, dedicado, persistente, convincente, eficaz, precursor.

⁹ Ver J. Boléo-Tomé – «*João Cidade, enfermeiro de Deus*»; “Acção Médica” 59(3), 144-149, 1995. Ver tb. «Medicina e Assistência Hospitalar» in “Museu S. João de Deus – Psiquiatria e História”, ed. Hospitalidade, Lisboa 2009, pp. 195-199.

Quando, regressado de uma visita a Guadalupe e ao seu famoso mosteiro e hospital anexo, talvez em 1539, sem nada nem ninguém, conseguiu por de pé um pequeno hospital diferente, com mais de 40 camas individuais, o seu nome passou a ser outro: *João de Deus* lhe chamou D. Sebastião Ramirez, bispo de Tuy, e João de Deus ficaria para sempre.

Aquele pequeno hospital da rua de Lucena, organizado de modo admirável, com leitos individuais, roupas limpas, separação dos doentes por patologias e tratamento diferente dos loucos, começou a ser conhecido e a fama da sua eficácia ultrapassou Granada. Visitado pelo Arcebispo de Granada, a impressão foi tal que ali mesmo entregou a João de Deus volumosa quantia para a construção de um novo hospital. Assim nasceu o Hospital de Los Gomeles, que iniciou a actividade em Janeiro de 1547, e que seria o hospital modelo da era moderna para tratamento das doenças mentais. Ali não entrou nunca o tratamento aplicado aos “loucos” e que o próprio João de Deus tinha experimentado – o látego, isto é, o chicote.

João de Deus, nas suas andanças pela Europa, tinha conhecido o trabalho excepcional realizado em Portugal pela Rainha D. Leonor. Impressionara-o a organização impecável exigida pelos *Compromissos* e a forma diferente de assistência e tratamento. É muito natural que ele tenha procurado aplicar em Los Gomeles o que vira em Portugal. Mas ele queria mais: os doentes mentais exigiam uma dedicação e cuidado que ultrapassavam a prática hospitalar. João de Deus queria equipas de *saúde mental* que compreendessem e aceitassem o louco e pudessem conduzi-lo a um comportamento quase normal. O número crescente de discípulos permitiu-lhe pensar na formação de um grupo dedicado ao tratamento e acompanhamento destes doentes – iria nascer a Ordem dos Irmãos Hospitaleiros, mais tarde designados por Irmãos de S. João de Deus, com as suas regras e os seus compromissos.

Estava assim garantida a continuidade da obra que, tal como as Misericórdias, iria ultrapassar fronteiras, mesmo para além do mundo de influência portuguesa. Antes da Revolução Francesa existiam 320 hospitais dos Irmãos Hospitaleiros, dedicados principalmente à assistência aos doentes mentais.

Até à época de João de Deus a doença mental era olhada como tendo causas sobrenaturais, entre as quais sobressaía a possessão diabólica. No

final do século XVI e no século XVII, principalmente a partir de 1680, com o abandono progressivo da existência de causas sobrenaturais na doença mental, estes doentes passaram à categoria de “associais”, sendo misturados com os criminosos, e recebendo tratamento semelhante. A exceção foi o conjunto de hospitais dos Irmãos Hospitaleiros.

Com a Revolução Francesa os Irmãos foram expulsos de França, atitude que progressivamente foi tomada por outros países. Em Portugal a sua expulsão tem a data de 1834, curiosamente três anos depois da restauração da Ordem em França. As condições deploráveis a que regressaram as instalações que abrigavam doentes mentais, verdadeiros depósitos imundos, contrastavam com o que tinham sido as casas dirigidas pelos Irmãos Hospitaleiros.

Noutro local¹⁰ tive ocasião de citar os testemunhos de médicos diversos, nos séculos XVIII e XIX, chamando a atenção para as condições incrivelmente desumanas, de verdadeira barbárie, em que se encontravam os doentes internados nos tais “asilos” ou “depósitos de alienados”. John Howard, William Tuke, Philippe Pinel, Esquirol, Carrier, todos descreveram em páginas impressionantes a situação degradante dos doentes mentais. A exceção, bem descrita por Esquirol, foram os hospitais de Ordem Hospitaleira, de entre os quais ele pode estudar em pormenor o de Charenton, pois foi nomeado seu director, após a expulsão dos Irmãos¹¹.

João de Deus e os seus companheiros souberam fazer, com quatro séculos de avanço, a revolução da Saúde Mental do século XX: a prática da terapêutica ocupacional, a recuperação pelo trabalho e pela responsabilização progressiva; e desenvolveram igualmente a Assistência Social, os serviços de Aconselhamento e Assistência Domiciliária que as Misericórdias já praticavam.

Milhares de páginas estão escritas, em todas as línguas, sobre a obra extraordinária dos Irmãos Hospitaleiros no domínio da Saúde Mental. Mas Pinel é apontado como o fundador da Psiquiatria moderna e Esquirol, ver-

¹⁰ J. Boléo-Tomé – «Os Portugueses na História da Assistência Hospitalar: S. João de Deus e a Saúde mental». Publ. Parcial na “Revista da Ordem dos Médicos”, 2003

¹¹ Pedro Polónio – «A Ordem de S. João de Deus na Assistência Psiquiátrica». In «Acção Médica» XV, 58-59, 1950-1951, p. 355.

dadeiro responsável pelo regresso a França dos Irmãos expulsos, como o seu primeiro historiador. Do português João de Deus e dos seus *fratelli* não foi escrita, até agora, uma única linha nos manuais ou tratados de História da Medicina, ou mesmo da História da Psiquiatria. Philippe Pinel continuará a ser o fundador do que foi fundado dois séculos e meio antes.

Nascido *João Cidade Duarte* em 1495 cidadão português de Montemor-o-Novo, morreu *João de Deus* em 1550, cidadão do mundo, proclamado patrono universal dos doentes e dos hospitais. A sua obra permanece e continua a crescer, apesar das perseguições.. ou talvez por causa delas.

4 – A REFORMA DOS CUIDADOS EM SITUAÇÕES DE GUERRA: OS REAIS HOSPITAIS MILITARES

Referi atrás o aparecimento dos primeiros hospitais militares, os *Valetudinaria*, mandados erigir por Caio Júlio César, à medida que as suas legiões iam ocupando a Europa, na primeira tentativa de “União Europeia” de que reza a História. Estes *Hospitais Militares Romanos* eram construções fixas, destinadas a prestar cuidados aos legionários de uma extensa região militar, e a permitir igualmente o descanso e protecção dos rigores dos invernos no centro da Europa. Conhecem-se algumas ruínas que permitem reconstruir modelos muito interessantes como o do «*valetudinarium*» da região de Bonn, na Alemanha.

Estes hospitais representam a terceira fase de assistência aos militares: no início os feridos eram recolhidos em habitações de circunstância, muitas vezes da população local, deixados aos cuidados e boa vontade dos habitantes; numa segunda fase foram montadas tendas separadas dos abaracamentos militares; e só na terceira fase foram criadas enfermarias em construções duradouras, assistidas por um médico que habitualmente contava com a ajuda de escravos. Estas construções foram um bom exemplo de uma preocupação que se iria perder nos séculos seguintes.

Na verdade, passado o período dourado do Império e do respeito imposto pelas suas legiões, os *valetudinaria* foram abandonados, regressando os exércitos à primeira fase da assistência aos legionários feridos e doentes, ou a tendas de campanha improvisadas, ao sabor das circunstâncias. O apa-

recimento de Hospitais para as populações em geral, de que o Hospital de Fabíola teria sido o primeiro exemplo ocidental conhecido, fez esquecer as instalações mandadas construir por Júlio César. A Idade Média foi a idade dos grandes Hospitais, mas sem a referência de quadros privativos. Os feridos de guerra para lá eram conduzidos em condições difíceis, quando os hospitais existiam. Não havia qualquer planeamento prévio.

Decorreram séculos até se ouvir falar novamente em hospitais de campanha ou, mais exactamente, em enfermarias de campanha, isto é, tendas onde eram colocados os feridos evacuados do campo de batalha e aí assistidos, em geral só por servos ou escravos. A frequência das guerras de expansão de fronteiras nesta Europa que sempre falou de paz e preparou a guerra, desenvolveu a ideia de recriar locais fixos de assistência a feridos e doentes, para além dos hospitais conventuais. O maior problema, porém, não era o edifício, a instalação fixa – continuava a ser de natureza humana. Nos conventos, os monges e monjas iam prestando a assistência possível, de mistura com as suas outras ocupações; nos restantes, havia apenas pessoas de boa vontade, ajudadas por escravos ou servos.

A Idade Média foi igualmente a época das Ordens de Cavalaria. A situação de abandono em que, tantas vezes, se encontravam os doentes, provocou o aparecimento de Ordens de Cavalaria dedicadas a prestar assistência hospitalar. Uma das primeiras, a Ordem dos Cavaleiros de S. João de Jerusalém, mais conhecida como Ordem de Malta¹², foi fundada no século XI com o objectivo de assistir os peregrinos doentes que se dirigiam ou regressavam de Jerusalém. Outras Ordens Militares foram surgindo, quase todas com o objectivo de proteger e assistir peregrinos doentes: entre outras, podem-se citar a dos Cavaleiros de S. Lázaro, dedicada aos leprosos, a famosa Ordem dos Cavaleiros Teutónicos, ou a Ordem Hospitalária do Espírito Santo, que criou um grande hospital em Montpelier.

¹² Foi conhecida como Ordem do Hospital; começou por ser uma Ordem Beneditina, que rapidamente se transformou em Ordem Militar Hospitalária, encarregada de assistir e proteger os peregrinos da Terra Santa, com a sua sede e Hospitais em Rodes e Malta. Hoje a Ordem dirige hospitais e centros de reabilitação, tem mais de 12.500 membros, 80.000 voluntários e 20.000 profissionais de saúde associados

Mas, apesar deste nascimento quase explosivo de organizações de assistência aos doentes, a assistência e tratamento dos feridos de guerra continuava a ser assunto de menor importância perante as catástrofes e epidemias tremendas de peste que assolaram a Idade Média. Vimos já a preocupação do cirurgião Fantino, de Sienna, no século XIII, pedindo a Pedro Hispano que o ajudasse, escrevendo um manual sobre tratamento dos feridos de guerra. Nada existia e quase nada continuou a existir.

A primeira referência a *hospitais de campanha*, também referidos como “hospitais de sangue”, já como instituições organizadas para assistir os feridos de guerra, vai surgir-nos apenas já no fim do século XVI e no século XVII. Foi igualmente nessa época que começou a conhecer-se a existência de uma organização dedicada exclusivamente ao tratamento de doentes – os Irmãos Hospitaleiros de João de Deus. Desde a morte do fundador, que seria canonizado em 1690, multiplicaram-se os hospitais dependentes da Ordem, tornando-se cada vez mais conhecidos pelo cuidado invulgar e pela eficácia, baseados na organização e na dedicação, eficácia evidente mesmo quando a cirurgia era necessária. Terá sido este facto que levou o Governador Geral do Brasil, Diogo de Mendonça Furtado, a braços com os assaltos dos Holandeses, a pedir que lhe enviassem Irmãos para montarem hospitais de campanha para assistência dos feridos. Sabe-se que, em data incerta do ano de 1624, na armada que se dirigiu ao Brasil seguiram 22 religiosos Hospitaleiros com esse objectivo, e que se sabe terem realizado um trabalho notável, principalmente em S. Salvador da Baía.

Pode-se dizer que a organização dos Hospitais Militares, que passaram a designar-se *Reais Hospitais Militares*, com quadro privativo, se ficou a dever ao Rei D. João IV, como resposta às necessidades de assistência provocadas pela longa Guerra da Restauração. Na verdade, foi este Rei que, depois de inicialmente ter apenas pedido a ajuda dos Irmãos Hospitaleiros nos Hospitais *ad casum*, fundados em vários lugares fronteiriços ainda em 1640, completou o pedido com *Despachos Reais* de 1642 reorganizando os Hospitais, seguindo-se o *Alvará* datado de 4 de Maio de 1645. Neste *Alvará* reconhecia o trabalho de grande qualidade por eles realizado e entregava-lhes a direcção, organização e trabalho hospitalar nos três hos-

pitais militares já em actividade na Província do Alentejo, Elvas, Campo Maior e Olivença. Pelo mesmo *Alvará* foi nomeado Administrador Geral dos Hospitais de fronteira «o Provincial da dita Ordem Frei Bento Pais»¹³. Ao Provincial é dado o título de Enfermeiro-Mór e passaram a ser da sua responsabilidade a nomeação e direcção do Administrador, do Escrivão, do Corregedor, do Capelão e do Enfermeiro chefe de cada unidade hospitalar. Em pouco tempo, a estes três hospitais seriam acrescentados mais catorze, ao longo da fronteira, estendendo-se de Caminha e Viana do Castelo no norte, até Lagos no sul.

É possível que este reconhecimento do trabalho, organização e eficácia estivessem em boa parte relacionados com a acção desenvolvida no Hospital Militar do Castelo, conhecido também por Hospital dos Castelhanos por nele ter estado alojada a guarnição castelhana durante a ocupação, e cuja instalação e governo tinha sido entregue à Ordem Hospitaleira ainda em 1640. Este Hospital Militar do Castelo manteve-se em actividade até 1834, apesar de extinto e destruído pelo terramoto, mas reconstruído e de novo entregue à Ordem. A qualidade de trabalho e organização transformaram-no, depois da reconstrução, em hospital de referência, onde já no século XIX se realizavam reuniões clínicas e se faziam exames para o exercício da Medicina a médicos formados noutros países.

A expulsão dos Irmãos Hospitaleiros em 1834 pelo decreto de expulsão das Ordens Religiosas, assinado por Joaquim António de Aguiar, mergulhou os hospitais no caos e abandonou à sua sorte os doentes mentais e os militares feridos nas longas Lutas Liberais. Voltarão de novo, a pedido, entre 1890 e 1892. Sofreram uma ameaça de nova expulsão em Outubro de 1910, ameaça não concretizada devido a um curioso incidente. Este facto permitiu que, a mesma República que os quis expulsar, lhes pedisse para receberem e tratarem os militares portugueses feridos e gaseados na I Grande Guerra.

Reais Hospitais Militares Portugueses: mais de dois séculos de uma História única no contexto europeu, História de eficácia e dedicação, ino-

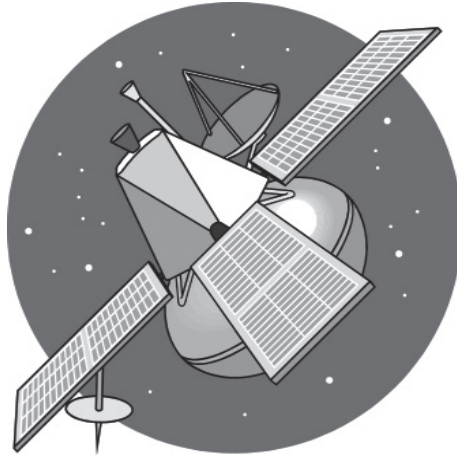
¹³ Ver Manuel Ferreira da Silva – «No mundo de S. João de Deus – S. João de Deus no Mundo». “Rei dos Livros”, Lisboa, 1992

vando em organização e competência, nas mãos capazes e dedicadas dos Irmãos Hospitaleiros¹⁴.

O progresso da Medicina não pode ser avaliado apenas nos grandes nomes dos mestres; a Medicina não é uma galeria de pessoas ilustres. Portugal também os teve e tem, e de grande valor. Mas não ficou agarrado a nomes ilustres, talvez mesmo os tenha esquecido ou ignorado, contribuindo para a sua ausência dos livros e tratados. Mas fiel à sua universalidade cultural, deu contribuições fundamentais para o progresso médico e assistencial que merecem ser conhecidas, apreciadas e divulgadas. O seu carácter pioneiro coloca-as a par da epopeia marítima que impressionou os povos e marcou gerações.

Estas poucas páginas são apenas uma discreta homenagem a todos os que construíram e continuam a construir uma história de valor, sacrifício, dedicação e generosidade, no campo da Saúde ou em qualquer outro, para além da mesquinhez política que tantas vezes tem esquecido os valores; e constrói este caminho da História como só este Povo o consegue fazer.

¹⁴ Ver Augusto Moutinho Borges – *Reais Hospitais Militares em Portugal (1640-1834)*. Imprensa da Universidade de Coimbra, Abril 2009, 261 páginas.



TEMAS ACTUAIS

- **O MUNDANISMO ACTUAL E O PAPA FRANCISCO**
- **“BARRIGAS DE ALUGUER”:
ALGUMAS QUESTÕES PARA PENSAR**
- **SINDROMA DE DOWN E ABORTO**
- **A ANOMALIA HOMOSSEXUAL**

O MUNDANISMO ACTUAL E O PAPA FRANCISCO

Salvatore Cernuzio^{1}*

O novo espírito mundano, representado pelo pensamento único globalizado, o espírito que negocia tudo, até mesmo a fé, esta foi a denúncia do Papa Francisco ao chamar a atenção para aquilo a que chamou o “espírito do progressismo adolescente” e a “globalização de uniformidade hegemónica”

Em 18 de Novembro passado, em Santa Marta, o Papa Francisco recordou o que tem afirmado muitas vezes – o mundanismo é um dos piores inimigos do homem, mesmo do cristão. Nesta homilia o Papa foi ainda mais longe, advertindo contra o “espírito do mundo que negocia tudo” até mesmo a fé, e sua origem. Antes de tudo, o “progressismo adolescente” que, como os adolescentes entusiastas, precisa de ceder a tudo e tentar de tudo. E depois, a “globalização”, ou seja, aquele pensamento único que – como afirmado por Bento XVI na Missa da Epifania de 2008: “Não é sinónimo de ordem mundial, mas sim de outra coisa”.

Devido a este espírito, adverte o Papa Francisco, acaba-se negociando não só os valores, mas a própria fé. E este é um risco grave. O mundanismo é, de facto, o dilema do nosso tempo, mas as suas origens são antigas, vêm desde os Macabeus. O Papa parte da primeira leitura desse dia, para explicar a “raiz perversa” do mundanismo. Nesta, alguns homens “perversos”, no comando dos israelitas, convenceram o povo de Deus a ir tratar com o rei, para “negociar” com as outras nações para que Israel não ficasse isolada. Ao fazer isso, os israelitas abandonaram as suas tradições e costumes; “uniram-se às nações e venderam-se para fazer o mal”.

^{1*} Enviado por *Zenit. Org.*

Por outras palavras, diante de uma proposta mundana – disse o Papa – o povo escolhido acaba por se afastar de Deus, aproximando-se do “espírito do progressismo adolescente”, pelo qual se acredita que “avançar em qualquer escolha é melhor do que permanecer no hábito da fidelidade”. Nessas negociações com o rei, Israel contraria a “fidelidade ao Deus sempre fiel”. E isso – destaca o Papa – é chamado “apostasia”, “adultério”, porque negocia “o essencial do seu ser – a fidelidade ao Senhor”.

“É precisamente o fruto do diabo”, acrescenta duramente Bergoglio, um fruto “do príncipe deste mundo que, com o espírito do mundanismo, nos conduz por caminhos errados”. E por consequência: “assumiram os hábitos dos pagãos” e “o rei determinou que, em todo o seu reino, todos formassem um só povo e cada um abandonasse as próprias tradições”. Chegaram assim a uma “globalização de uniformidade hegemónica”, que – diz o Papa – “não é a bela globalização da unidade de todas as nações em que, estando unidas, cada uma mantem as suas próprias tradições; pelo contrário, é precisamente e somente o “pensamento único”, “fruto do mundanismo”.

“Todos os povos se adaptaram às ordens do rei – continuou o Papa, referindo-se à leitura – aceitaram até mesmo o seu culto, sacrificaram ídolos e profanaram o sábado”. Por fim, o “rei provocou uma abominável devastação sobre o altar”.

“Isso está a acontecer hoje!” – comentou Bergoglio – “porque este espírito do mundanismo está a reaparecer hoje, conduzindo-nos neste desejo de ser progressista e aceitar um pensamento único. Segundo o texto bíblico, se alguém fosse encontrado com o Livro da Aliança e desobedecesse à lei mundana, a sentença do rei o condenava a morte: isso é o que nós vemos nos jornais, nos últimos meses”.

“Esse povo – acrescentou – negociou a fidelidade ao seu Senhor; esse povo, movido pelo espírito do mundo, negociou a própria identidade, negociou a pertença a um povo, um povo que Deus ama tanto, que Deus quer como seu povo”.

O Papa fez referência ao romance do século XX – *Mestre do Mundo* – que se concentra sobre «o espírito de mundanismo que leva à apostasia». Hoje, afirma o papa, pensam que «temos de ser como todo o mundo, temos

que ser *mais normal*, como todo o mundo faz, neste progressismo adolescente”. Mas depois, “a história continua”, ou seja, “a pena de morte, os sacrifícios humanos”. “Vocês acham que hoje não existem mais sacrifícios humanos?” – pergunta o pontífice- “existem muitos, muitos! E existem leis que os protegem”.

Diante deste cenário sombrio e incerto, não devemos perder a esperança. Porque – diz Bergoglio – neste “caminho de infidelidade” traçado com o “espírito do mundo” pelo “príncipe deste mundo”, conforta – nos saber que “sempre está o Senhor que não se pode renegar a si mesmo, o Fiel: Ele sempre nos espera, Ele ama-nos tanto, e Ele perdoa-nos quando nós, arrependidos por qualquer passo, por qualquer pequeno passo neste espírito de mundanidade, vamos ter com Ele, o Deus fiel perante o Seu povo que não é fiel” – disse o Papa.

Assim sendo, exorta o Papa, “com o espírito de filhos da Igreja, rezemos ao Senhor para que, com a Sua bondade, com a sua fidelidade, nos salve deste espírito mundano que negoceia tudo; que nos proteja e nos faça andar para a frente, como fez caminhar o Seu povo no deserto, levando-o pela mão, como um pai leva o seu menino. Na mão do Senhor estamos seguros.”

“BARRIGAS DE ALUGUER”: Algumas questões para pensar

Pedro VAZ PATTO

Por diversas vezes foi noticiado o interesse de certos grupos políticos em conseguir a legalização da chamada “maternidade de substituição” (vulgarmente conhecida como “barriga de aluguer”). Pretendem tornar lícita tal prática em situações de infertilidade patológica e com exclusão de propósitos lucrativos. E, como vai sendo habitual em situações semelhantes, apresentam-se exemplos concretos, susceptíveis de provocar natural empatia, de casais que assim veriam aberto o acesso à paternidade e maternidade. Mas importa considerar a questão em profundidade e com atenção a todas as suas implicações.

Uma discussão profunda da questão tem ocorrido, por exemplo, em França, onde uma importante corrente de pensamento, conotada com a esquerda, denuncia vigorosamente essa prática como expressão de um grave retrocesso social. É o que faz, o documento *Mères Porteuses; Extension du Domaine de l’Aliénation* elaborado no âmbito da fundação *Terra Nova – La Fondation Progressiste*. Nele se afirma que a maternidade de substituição representa «a mais recente e a mais chocante das extensões do domínio da alienação», ou seja, da *coisificação* e instrumentalização da pessoa, de que são principais vítimas as mulheres mais pobres.

Na mesma linha se pronuncia a filósofa Sylviane Agacinsky, esposa do antigo primeiro-ministro socialista Lionel Jospin, no livro *Corps em miettes* (Flamamrion, 2013).

Sylviane Agacinsky desmascara aquilo que considera alguns mitos. Um deles é o da pretensa finalidade terapêutica. É óbvio que não será desta forma que os casais inférteis passarão a ser férteis, sendo que a criança

nunca terá a mesma ligação à mãe “intencional” ou “genética” que tem quando a gestação se dá de forma natural.

Outro mito é o da gratuidade. A experiência tem revelado a extrema dificuldade em impedir a comercialização encapotada por detrás da suposta não onerosidade dos contratos. A “compensação de despesas” acaba por ter efeitos idênticos aos do pagamento. Só situações de grande carência económica levam mulheres a sujeitar-se a tão traumatizante experiência (não é por acaso que a prática se vem difundindo na Índia) e essa sujeição não pode considerar-se expressão autêntica de liberdade.

Questões a ter em conta, para além do desejo dos requerentes, são o bem da criança e o bem da “mãe de substituição”.

O filho nunca deixa de sentir o abandono a que é sujeito. Cada vez se conhece melhor os intercâmbios entre a mãe gestante e o feto e a importância desse intercâmbio para o salutar desenvolvimento físico, psicológico e afectivo deste. A criança não poderá experimentar a segurança de reconhecer, depois do nascimento, o corpo onde habitou durante vários meses.

Em especial, devem ser considerados os graves danos para a mãe gestante, que não pode deixar de viver a gravidez como sua e de sofrer com o abandono do filho que lhe é imposto (a imposição de renúncia à mais espontânea e natural das obrigações: cuidar do filho que se gerou). O útero é inseparável do corpo e da pessoa, não é um alojamento temporário, ou um instrumento técnico. A gravidez não é uma actividade como qualquer outra; transforma a vida da mulher física, psicológica e moralmente; situa-se – salienta Sylviane Agacisnky – não no domínio do *ter* ou do *fazer*, mas no domínio do *ser*.

É por isto que esta filósofa fala a este respeito em “alienação biológica”. A mãe gestante «deve viver nove meses, vinte e quatro horas sobre vinte e quatro horas, abstraindo da sua própria existência corporal e moral. Deve transformar o seu corpo em instrumento biológico do desejo de outrem, em suma, ela deve *viver* ao serviço de outrem, *privando a sua existência de qualquer significado para ela própria*». «Uma mulher paga para estar grávida come, dorme e dá à luz ao serviço de outrem. Serve de instrumento de procriação como um forno serve para cozer o pão. (...) é a sua individualidade que ela aliena, ou seja, a sua vida íntima e pessoal, a

qual devia ser insubstituível» Quando «o direito de cada um *viver para si mesmo*, segundo *os seus próprios fins*, está no coração da nossa concepção de liberdade e dignidade humana »

Em vários países, é reconhecido à mãe gestante o direito de se arrender e ficar com a criança à sua guarda (o que não deixa de ser contraditório com a obrigação que assumiu perante os requerentes). Comenta a este respeito Sylviane Agacinsky: não significa isso o reconhecimento implícito de que se estão a «violentar sentimentos humanos profundos e legítimos» e a «ferir emoções humanas elementares»?

Em suma, conclui esta filósofa francesa (e seria bom que concluíssem também os nossos deputados): o mercado das “barrigas de aluguer” «é essencialmente cruel e nenhum enquadramento jurídico poderá torná-lo mais humano».

SINDROMA DE DOWN E ABORTO

1. Carta aberta ao Doutor Richard Dawkins^{1*}

J. D. Flynn

Caro Doutor Dawkins,

No princípio desta semana, no Twitter, o senhor chamou a atenção para um facto perturbador desconhecido para a maioria das pessoas. Fez notar que nos Estados Unidos e na Europa, a maior parte das crianças concebidas com síndrome de Down são abortadas. Tem razão. Alguns peritos estimam o número em cerca de 90%. Outros sugerem que só 65, 70 ou 80% das crianças com síndrome de Down são abortadas. O número real é provavelmente muito difícil de determinar. O senhor, Dr. Dawkins, tem um palco, uma audiência e de certo modo muito real estou-lhe grato por ter chamado a atenção para a eliminação pré-natal de pessoas com síndrome de Down.

Mas o senhor expôs o seu argumento sobre a ubiquidade do síndrome de Down em prol da defesa de uma asserção terrível. O senhor, Dr. Dawkins, sugeriu no Twitter um imperativo moral de abortar crianças concebidas com o síndrome de Down. Disse que se uma mulher tivesse a escolha de abortar uma criança nessa situação e não o fizesse, estaria a actuar imoralmente. Estou incomodado com isso e, muito honestamente, estou confundido.

Tradicionalmente, o senhor manteve uma posição de neutralidade moral face ao aborto. Afirmou que matar animais com capacidade de experimentar dor, medo e sofrimento tem maior significado moral do que matar fetos: humanos por nascimento, mas sem o tipo de sensibilidade que lhes

^{1*} *First things*, 2014/08/23 (traduzido por Pedro Aguiar Pinto; do blogue Papinto).

dá significância moral. Não está sozinho nessa posição que se tem vindo a tornar de “rigueur” entre a maior parte do eticistas analíticos contemporâneos.

Eu discordo da sua posição. Há muito tempo concluí que o feto, e, de facto, o zigoto são seres humanos - não desenvolvidos, certamente, mas possuindo a dignidade e os direitos de adultos que sentem.

Apesar da minha discordância, reconheço que tem tentado aplicar o seu ponto de vista com consistência numa gama variada de situações éticas.

Até esta semana. Esta semana passou de uma apresentação do aborto como um acto moralmente neutro para a asserção de que o aborto de algumas pessoas - pessoas com deficiência genética - é um bem moral, um imperativo moral, de facto. Não mostrou qualquer base para esta posição. Suspeito que acredita que as pessoas com síndrome de Down sofrem desnecessariamente e causam sofrimento desnecessário aos seus amigos e parentes. E, como princípio geral, acredito que esteja inclinado para obviar o sofrimento humano tanto quanto possível.

O senhor disse frequentemente que quem discordasse de si deveria “ir embora e aprender a pensar”. Tentei aprender a pensar, ao longo dos anos, mas talvez seja de certo modo ingénuo. Mas uma das coisas que concluí é que a filosofia ética não pode ser desenvolvida num ambiente esterilizado - que a nossa humanidade, a nossa intuição, a nossa empatia, de facto, deve ser reconhecida como uma fonte de perspectiva ética se queremos pensar bem. Talvez o senhor acredite que a sua posição sobre o aborto e o síndrome de Down seja logicamente válida. Mas eu pergunto-me se se mantém acordado à noite com a repulsa que vem de ser o campeão da matança.

O sofrimento não é um mal moral a ser evitado. O sofrimento pode ter significado e valor. Pergunte a Victor Frankl. Ou a Mohandas Gandhi. Ou a Martin Luther King Jr. Ou, se quiser, pergunte aos meus filhos.

Eu tenho dois filhos com síndrome de Down. Eles são adoptados. Os seus pais biológicos foram confrontados com a escolha de os abortarem e não o fizeram. Em vez disso, as crianças vieram viver connosco. São crianças adoráveis. São belas. São felizes. Uma é sobrevivente de um cancro, por duas vezes. Descobri que no hospital, quando fez quimioterapia e nós sofriamos pela agonia e cansaço, a nossa filha, Pia estava mais focada em

fazer amizade com as enfermeiras e em roubar estetoscópios. Elas sofrem, as minhas crianças, mas no contexto de uma alegria irreprimível.

Pergunto-me, se o senhor passasse algum tempo com elas, se sentiria da mesma maneira sobre o sofrimento, sobre a felicidade, sobre a dignidade pessoal. Pergunto-me, se dançasse com elas na cozinha, se pensaria que o aborto seria no seu melhor interesse. Pergunto-me, se brincasse com elas, se encontraria algum valor na sua existência.

E assim, Dr. Dawkins, gostaria de o convidar para jantar. Venha passar algum tempo com as minhas crianças. Partilhe uma refeição com elas. Antes de advogar a sua morte, venha descobrir o que vale a pena nas suas vidas. Descubra se o sofrimento vale a alegria.

Não quero que venha para um debate. Não quero condená-lo. Quero que faça experiência da alegria das crianças com síndrome de Down. Quero que o seu coração se comova de alegria também.

Qualquer dia da próxima semana é bom para nós excepto Quarta-feira.
Os meus melhores cumprimentos,

J. D. Flynn

2. A nova campanha de Richard Dawkins^{2*}

Pe. João Vila-Chã

Richard Dawkins, possivelmente o ateu mais famoso da actualidade, tem vindo a defender num seu perfil numa das redes sociais mais populares a ideia de que é imoral não abortar uma criança afectada com síndrome de Down. Malgrado o facto de ser um biólogo de grande reputação, com notáveis contributos nesse campo científico, o seu livro mais famoso (*God's Delusion*) é, em meu entender, um daqueles que um dia bem poderá ser qualificado como um dos mais enganosos de todos os tempos. Certamente, um mau livro. Pessoalmente, já me habituei a não esperar muito deste in-

^{2*} *Papinto,*

telectual inteiramente dedicado à tarefa de anular a pertinência da religião e de negar o sentido de Deus. Não é, por isso, de ficar surpreendido que um intelectual assim acabe negando os princípios mais básicos da ética, mesmo daquela a que se pode chegar independentemente de uma base religiosa. Todo o ser humano, independentemente das suas qualidades, tem direito à vida; negar um tal direito é, fundamentalmente, negar um dos princípios mais básicos da humanidade. Ao ser acossado por muitos dos seus muitos leitores, Dawkins justificou-se dizendo que a sua opinião não era outra coisa senão um reflexo de um estado de facto, que é este: as crianças diagnosticadas com a síndrome de Down são hoje em dia abortadas a um ritmo espantoso. E o meu ponto é este: de uma prática profundamente injusta, porque desumana, não se deveria fazer seguir um raciocínio ético destinado a justificar o que, por mais justificações que tenha, nunca deixará de ser uma séria violação de um princípio ético fundamental, e esse é o respeito que todo o ser humano consciente deve ter perante a vida na sua forma... humana. Discordo de Dawkins em muitas coisas. Neste caso, acho mesmo que o seu posicionamento, para além da minha discordância, que não é importante, deveria merecer séria reprovação por parte de todos os intelectuais dotados de um sentido ético minimamente aceitável. Ou será que os intelectuais de agora já esqueceram o que no caso de totalitarismos como o de Adolfo Hitler significou a promulgação de leis, ou simples práticas, baseadas no princípio da eugenia? Uma injustiça, por mais simples, ou escondida, que possa parecer, nunca deixa de ser uma violação do princípio que é o Respeito devido à Humanidade em todas, mas mesmo em todas, as suas formas.

A ANOMALIA HOMOSSEXUAL

John FLYNN, S. J.

N.R.: O autor deste comentário, John Flynn, analisa um ensaio publicado recentemente, onde se abordam as consequências sociais e morais da legalização do casamento entre pessoas do mesmo sexo.

– A recente onda de legalização do casamento homossexual em vários estados norte-americanos é mais uma prova da crescente aprovação social e legal da homossexualidade.

Esta mudança de visão sobre a orientação sexual envolve uma série de consequências para a sociedade, disse Robert R. Reilly no seu ensaio recente *Making Gay Okay: How Rationalizing Homosexual Behavior is Changing Everything*, (Ignatius Press).

Reilly começa por explicar que a sua tese é muito simples e parte do facto de que há duas visões fundamentais da realidade. De acordo com a primeira, há uma natureza ordenada a alguns fins, que levam ao primado da pessoa. De acordo com o outro ponto de vista, é possível classificar a natureza de acordo com os nossos desejos e a nossa vontade, os quais assumem a primazia.

O autor ressalta que os argumentos apresentados no seu livro não têm nada a ver com a religião, mas são baseados na razão. Não é, nem sequer, acrescenta, uma crítica aos homossexuais, mas apenas àqueles que gostariam de redefinir o resto da sociedade.

Para estar em paz com a sua consciência, os ativistas homossexuais não se satisfazem somente com a racionalização do seu comportamento em relação a si mesmos. Por outras palavras, *todos* temos que dizer que o mal é bom, para que eles se sintam seguros de si mesmos”, diz o estudioso.

O livro examina uma vasta gama de temas, um dos quais é a comparação entre o pensamento de Aristóteles sobre a ética e a antropologia com o de Jean-Jacques Rousseau. A felicidade, pensava Aristóteles, não é o que nós pensamos que seja, mas somente aquela que se adequa à nossa natureza.

Além disso, Aristóteles fundamentou a sociedade sobre o homem, sobre a mulher e sobre a família, sem os quais o Estado não se pode sustentar.

Rousseau, pelo contrário, argumenta que nem a razão, nem a vida familiar estão na natureza do homem.

Reilly também aponta que os defensores do casamento homossexual subverteram a noção clássica de justiça – dar às coisas o que lhes é devido, na base daquilo que são. Hoje, pelo contrário, parece que a justiça seja dar às coisas o que sintamos que seja certo... ou que desejamos.

Depois de um longo capítulo no qual Reilly analisa um grande número de processos judiciais, criticando os tribunais pelo activismo judicial e por deformar a moralidade. Na segunda parte do livro, o autor analisa o impacto da homossexualidade nas instituições.

Começando pela ciência, Reilly ressalta que a decisão da Associação Americana de Psiquiatria de remover a homossexualidade das doenças mentais em 1973, foi orquestrada por um grupo de activistas homossexuais.

Outra área de debate científico diz respeito à homossexualidade entendida como traço genético ou, pelo contrário, como comportamento que se aprende. Pareceria comprovado cientificamente, argumenta Reilly, que a homossexualidade é mutável e não simplesmente um comportamento pre-determinado.

Sobre a questão da paternidade homossexual, Reilly rejeita o argumento de que os filhos de casais homossexuais podem crescer da mesma forma que as crianças com pais heterossexuais. Além de raras situações, privar uma criança de um ou de ambos os pais biológicos é prejudicial, diz o autor, citando um estudo do American College of Pediatricians.

Os estudos sobre o tema são muito controversos, mas Reilly pôs em evidência erros metodológicos naqueles que pretendem mostrar que os filhos de pais do mesmo sexo não sofrem e não estão em desvantagem.

Noutro local do livro, Reilly acentuou que a proteção legal de um casamento entre marido e mulher envolve um julgamento público sobre a natureza e o propósito do sexo.

Portanto, o matrimônio entre pessoas do mesmo sexo enfraquece a família que, diz Reilly, é o melhor ambiente para criar os filhos.

A educação é uma outra área onde a influência dos lobbys pró-gay está a atuar. Reilly diz que, se os comportamentos homossexuais fossem aceites como moralmente legítimos, como consequência, a homossexualidade deveria ser ensinada nas escolas como se fosse algo normal, o que parece estar já a ser feito em vários locais, abusivamente.

O jornalista norte-americano acrescenta: “A educação é uma parte essencial do esforço por universalizar a racionalização do comportamento homossexual; por isso, o “lobby gay” insiste em que se deve tornar uma parte obrigatória do currículo, como acontece já na Califórnia”.

Depois dos capítulos que discutem o impacto da homossexualidade nos escoteiros, no exército e na política externa norte-americana, no último capítulo Rilley propõe esta observação:

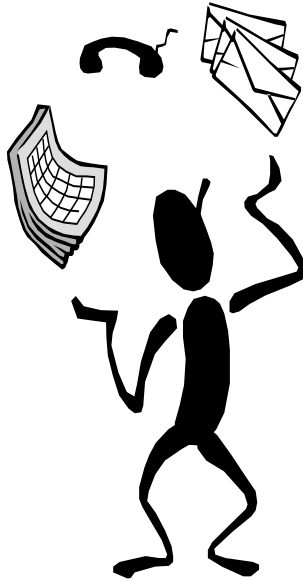
“O problema com a nossa civilização é que as convicções morais sobre as quais se fundamenta o ordenamento público foram menosprezadas quase até ao ponto do colapso”.

O jornalista norte-americano refere-se a vários casos em que várias pessoas comuns foram condenadas por não aceitar o ethos homossexual, dos floristas que fornecem arranjos florais para os matrimônios, aos fotógrafos, até àqueles que estão envolvidos na indústria da hospitalidade. Hoje, a tolerância não é considerada suficiente, os cidadãos, agora, ainda são obrigados a apoiarem activamente a homossexualidade.

Reilly sugere, no entanto, que seria errado culpar os homossexuais por todos os problemas relacionados com o declínio da moralidade pública. A aprovação da contraceção, do aborto e dos divórcios *no fault* (a dissolução do casamento que pode ser obtida simplesmente com a vontade de uma das partes) abriu o caminho para essa tendência.

Reilly concluiu afirmando que “hoje, quase toda a forma de cultura luta contra a castidade e esta é a razão pela qual a estrutura da sociedade se está a desintegrar”. Como mudar esta situação não é um tema que Rilley desenvolva, mas continua a ser uma questão de importância vital.

(enviado por Zenit.org em 11 de Junho de 2014)



NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS

CRISTÃOS – OS NOVOS PERSEGUIDOS

É “bulismo” dizer: rezo por ti?

Estão em curso novas formas de perseguição aos cristãos que encontram caminho fácil em sociedades ditas cristãs e defensoras da liberdade religiosa. É paradigmático o caso de uma ergoterapeuta inglesa, afastada do trabalho por ter convidado uma colega muçulmana a visitar a sua paróquia, e por lhe ter dado um livro sobre uma história de conversão do islamismo ao cristianismo.

Foram três os seus crimes: ter dito a uma colega muçulmana que teria rezado por ela, tê-la convidado para ir à igreja e, além disso, tê-la presenteado com um livro sobre a história de uma mulher muçulmana que se converte ao cristianismo.

Por causa destes “crimes”, Victoria Wasteney, 37 anos, foi denunciada com a acusação de “bullying.” A mulher, ergoterapeuta de profissão, foi castigada pelo Serviço Nacional de Saúde britânico, com a suspensão do trabalho por nove meses, e proibida de abordar questões religiosas na sede da empresa.

Sem temer outras consequências, Victória Wasteney prometeu uma batalha legal contra o East London NHS Foundation Trust, com a qual colabora integrada numa equipe de trinta terapeutas ocupacionais. “Acredito na tolerância para com todos, por isso contesto o que aconteceu comigo”, declarou na altura, depois da sanção imposta pela empresa.

No trabalho, Victoria tinha feito amizade com a sua colega muçulmana, recentemente transferida para Londres. Com muita liberdade, naturalidade e respeito mútuo tinham conversado longamente sobre as suas respectivas crenças e Victoria, muitas vezes, tinha convidado a amiga para algumas atividades paroquiais, sem nunca fazer proselitismo com ela.

As duas mulheres tinham descoberto uma ampla gama de interesses

em comum, incluindo a causa humanitária contra o tráfico de seres humanos, apoiada pela comunidade visitada por Victoria, que tinha adivinhado “que Deus tinha um plano” para a sua amiga.

Um dia, porém, a muçulmana adoeceu e Wastaney foi visita-la ao hospital, presenteando-a com um livro intitulado *I Dares to Call Him Father* («Atrevi-me a chamar-lhe Pai»), que contava a já citada história de conversão.

Victoria tinha então incentivado a amiga a procurar a ajuda de Deus para a sua cura: porque a doente não conseguia encontrar forças para orar, a amiga fez isso por ela. Sem nomear Cristo, nem Allah, e talvez nem sequer dizer “Deus” ou “Senhor”, Victoria afirmou genericamente: “*Acredito que Tu trarás à minha Amiga paz e cura*”.

O caso legal da Sra. Wastaney está sendo seguido agora pelo Christian Legal Center, na pessoa do advogado Paul Diamond, especialista em direitos humanos.

Andrea Williams, diretor executivo do Christian Legal Center, declarou que o caso demonstra que “o sistema de saúde nacional (britânico) está cada vez mais dominado por uma agenda liberal sufocante que faz saltos mortais para favorecer certas crenças, mas pune os cristãos”.

Fontes:

<http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/10933206/NHS-worker-who-bullied-Muslim-by-praying-for-her.html>; e Zenit.org (7 de Julho de 2014).

ABORTO – A RECUSA E A CONSEQUÊNCIA

O Dr. Bogdan Chazan, profissional reconhecido em toda a Polónia pela sua competência médica, foi recentemente multado e demitido do cargo de diretor do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Sagrada Família, em Varsóvia, capital do país, por se recusar a realizar o aborto de uma criança com diagnóstico de lesão cerebral, potencialmente grave.

Chazan, que também é professor na Faculdade de Medicina da Universidade de Varsóvia e ex-consultor nacional em obstetrícia e ginecologia, é um católico devoto que acredita que o aborto é o assassinato intencional de um ser humano inocente.

O histórico profissional do Dr. Chazan é irrepreensível. Conquistou o seu primeiro diploma de médico há 40 anos. Desde 1998, atuou como chefe do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia de um dos mais importantes hospitais de toda a Polónia. Apesar do impressionante currículo do médico, a prefeita de Varsóvia, Hanna Gronkiewicz-Waltz, exigiu que o seu contrato com o hospital fosse rescindido porque ele se recusou a realizar o procedimento de dar fim à vida de uma criança.

O caso de Chazan vem à luz, juntamente com dois outros casos europeus de destaque. O primeiro envolve duas enfermeiras escocesas, Concepta Ward e Mary Teresa Doogan. O outro caso é o da parteira sueca Ellinor Grimmark. As três profissionais foram demitidas por se recusarem a ajudar em abortos. Estes casos assinalam, no seu conjunto, uma preocupante atitude na história da Europa e dos direitos humanos.

Após os horrores da Segunda Guerra Mundial, a Europa adoptou coletivamente a Convenção Europeia dos Direitos Humanos para lutar contra a tirania do Estado e garantir que os europeus desfrutassem de liberdade de religião e dos direitos de consciência. A jurisprudência internacional e a legislação sobre estas questões têm sido claras e firmes, com a grande maioria das nações europeias permitindo a objeção de consciência baseada em crenças morais e religiosas sinceras.

A Polónia terá a oportunidade de determinar se os direitos humanos de Chazan serão respeitados ou injustamente usurpados em favor de uma ideologia radical que apregoa a destruição da vida. O Estado de Direito afirma que ninguém deve ser forçado a ir contra a sua consciência ou a escolher entre o seu trabalho e as suas crenças religiosas sinceras. Este direito humano básico deve ser sempre reafirmado. Mas está em sério perigo.

(enviado por Zenit.org em 31 de Julho, 2014)

OS CAMINHOS DA “ESQUERDA SEXUAL”

A esquerda sexual, cujos membros são também conhecidos pela designação “imperialistas” sexuais pelo seu desejo de impor ideias disparatadas no resto do mundo, está a perder terreno nas instâncias internacionais. Depois de vários anos em que parecia terem o domínio completo nas decisões políticas, acabam de ver as suas propostas frustradas na ONU. Por mais de 20 anos, ou pelo menos desde a Conferência do Cairo em 1994, convenceram-se que tinham conquistado o pensamento político. Por isso, nos últimos meses têm tentado, esforçadamente, avançar com a sua agenda no que será conhecido como as *Metas de Desenvolvimento Sustentável*; com a conclusão das negociações no sábado, 19/07/2014. Depois de uma sessão de verdadeira maratona ideológica que durou quase 24 horas, perderam na família, perderam na “educação sexual abrangente” e não avançaram em direitos e saúde reprodutiva, nem mesmo uma vírgula, para além do que já tinham conseguido muito tempo atrás. A equipe do C-Fam esteve lá até ao final.

A nossa reportagem também aponta uma grande vitória na Europa. O Tribunal Europeu de Direitos Humanos deu como acórdão que o *“casamento” de pessoas do mesmo sexo não é um requisito de direitos humanos na Europa*. Sabia que só dez países do Conselho da Europa (que tem 47) permitem o “casamento” de mesmo sexo? Não estão a ganhar o mundo. Nós conseguiremos, se não desanimarmos e não cruzarmos os braços.

Austin Ruse

(do C-FAM – Catholic Family and Human Rights Institute – enviado por POVO, 26/07/14)

A FÉ DE FOLEY, O JORNALISTA DECAPITADO

O jornalista americano James Foley, decapitado por jihadistas do Estado Islâmico, segundo notícia divulgada no dia 19 de agosto, já tinha sido prisioneiro em 2011 de milícias na Líbia. Preso em Trípoli, foi libertado depois de 45 dias. Após a libertação, decidiu escrever uma carta para a revista da Universidade Católica de Milwaukee, que ele frequentava, contando a sua experiência.

Nascido numa família católica de Boston, Foley contou: “Eu e meus colegas fomos capturados e detidos num centro militar de Trípoli”. Todos os dias, conta o jornalista, “aumentava a preocupação de que as nossas mães pudessem estar em pânico”. E mesmo “não tendo plena certeza de que minha mãe teria consciência daquilo que estava acontecendo comigo”, Foley dizia para uma colega que “minha mãe tem uma grande fé” e que “eu rezava para que ela soubesse que estou bem. Rezava para conseguir comunicar com ela”. O jornalista contou que “começou a rezar o terço” porque “era como minha mãe e minha avó rezavam (...). Eu e Clare (uma colega) começamos a rezar em alta voz. Sentia-me encorajado em confessar a minha fraqueza e a minha esperança junto e conversando com Deus, em vez de estar em silêncio”.

Os jornalistas foram transferidos para uma outra prisão onde se encontravam os prisioneiros políticos, “onde fui acolhido e bem tratado”. Depois de 18 dias aconteceu um facto que Foley não soube explicar: foi levado da cela pelos guardas ao escritório do chefe da prisão “onde um homem distinto e bem vestido me disse: ‘Pensamos que talvez você quisesse ligar para sua família’. Fiz uma oração e disquei o número”. A linha funcionava, e a mãe do jornalista respondeu: “Mãe, mãe sou eu, Jim”, disse o rapaz. “Estou ainda na Líbia, mãe. Perdoa-me por isso. Perdoa-me”. A senhora, quase sem acreditar, respondeu ao filho que não havia nada a que perdoar e perguntou-lhe como estava: “Disse-lhe que me alimentava, que tinha uma boa cama e que me tratavam como um hóspede”. Foley acrescentou: “Rezei para que soubesse que eu estava bem. Percebeu as minhas orações?”.

A mulher respondeu: “Jimmy, há tantas pessoas que estão a rezar por ti. Todos os teus amigos Donnie, Michael Joyce, Dan Hanrahan, Suree, Tom Durkin, Sarah Fang. O teu irmão Michael te ama muito”. Depois o guarda fez um sinal, e o jornalista teve de se despedir.

(Benedetta Frigerio, Aleteia 2014.08.21; do blogue Papinto)

MUÇULMANOS E VIOLÊNCIA

Como resposta ao apelo angustiado do Papa, várias organizações e líderes muçulmanos têm publicado comunicados condenando a violência, declarando mesmo que ela é contrária à lei islâmica.

Assim, a União Internacional dos Ulemas, liderada pelo influente pregador Youssef al-Qaradawi, do Catar, publicou em 27 de Agosto um declaração em que declara que as ações do grupo Estado Islâmico no Iraque e na Síria violaram e violam a lei do islão.

“A matança de pessoas inocentes, muçulmanas ou não, por parte de grupos como as milícias do Estado Islâmico (EI) a pretexto de motivações confessionais repugnantes é um delito e viola a sharia”. O comunicado foi publicado em Doha, capital do Catar, onde reside Yousef Al-Qaradawi, líder do movimento.

Também em França, diversas associações muçulmanas levantaram a voz, como a Organização da Cooperação Islâmica, principal porta-voz do mundo muçulmano com 57 países membros. Durante o ataque das milícias do Estado Islâmico no final de Julho, condenou “as acções terroristas e as ameaças proferidas pelo DAECH (sigla do Estado Islâmico em árabe) contra cidadãos cristãos inocentes em Mossul e Nínive, que tiveram que abandonar as suas casas”. Trata-se de “um crime que não pode ser tolerado” e que “não tem nada a ver com o islão nem com os seus princípios, que propõem a justiça, a caridade, a equidade, a tolerância e a coexistência”.

Foram publicadas outras tomadas de posição no mesmo sentido, como a da União de Organizações Islâmicas de França, que manifestou a sua solidariedade para com os cristãos perseguidos, e o Conselho Francês do Culto Muçulmano, que convidou os seus fiéis “a reafirmarem o apreço pela liberdade religiosa e pelo respeito por todas as crenças de cada pessoa humana”.

Também no Egipto, a organização Al-Azhar, pela voz do grande mufti Shawki Allam, declarou expressamente que o “EI” constitui um perigo para o Islão e para os muçulmanos, prejudicando a sua imagem ao mesmo tempo que derrama o sangue de inocentes e espalha a corrupção.

Estas tomadas de posição representam já alguma coisa, mas são ainda insuficientes para porem termo aos tremendos genocídios perpetrados por loucos que ousam falar em nome de Deus.

(de@saphirnews)

ISLAMISMO: UM TEXTO A RECORDAR

Esta mensagem é antiga mas vale a pena recordá-la. Foi escrita por um advogado francês, Gilbert Collard, e relata o que se passou numa reunião inter-religiosa.

Bom dia,

Como demonstram as linhas que se seguem, fui obrigado a tomar consciência da extrema dificuldade em definir o que é um infiel.

O dilema é – escolher entre Alá ou Cristo, até porque o Islamismo é de longe a religião que progride mais depressa no nosso país. O mês passado participava no estágio anual de actualização, necessário para a renovação da minha habilitação de segurança nas prisões. Havia nesse curso uma apresentação por quatro intervenientes representando respectivamente as religiões Católica, Protestante, Judaica e Muçulmana, explicando os fundamentos das suas doutrinas respectivas. Foi com um grande interesse que esperei a exposição do Imã.

A prestação deste último foi notável, acompanhada por uma projecção vídeo.

Terminadas as intervenções, chegou-se ao tempo de perguntas e respostas, e quando chegou a minha vez, perguntei: “Agradeço que me corrija se estou enganado, mas creio ter compreendido que a maioria dos Imãs e autoridades religiosas decretaram o “Jihad” (guerra santa), contra os infiéis do mundo inteiro, e que matando um infiel (o que é uma obrigação imposta a todos os muçulmanos), estes teriam assegurado o seu lugar no Paraíso. Neste caso poderá dar-me a definição do que é um infiel?”

Sem nada objectar à minha interpretação e sem a menor hesitação, o Imã respondeu: “um não muçulmano”.

Eu respondi : “Então permita que me assegure que compreendi bem : O conjunto de adoradores de Alá deve obedecer às ordens de matar qualquer pessoa não pertencendo à vossa religião, a fim de ganhar o seu lugar no Paraíso, não é verdade ?

A sua cara que até agora tinha tido uma expressão cheia de segurança e autoridade transformou-se subitamente, semelhante à de “um patife” apanhado em flagrante com a mão dentro do açucareiro!!!

É exacto, respondeu ele num murmúrio.

Eu retorqui : “Então, eu tenho bastante dificuldade em imaginar o Papa dizendo a todos os católicos para massacrar todos os vossos correigionários, ou o Pastor Stanley dizendo o mesmo para garantir a todos os protestantes um lugar no Paraíso.”

O Imã ficou sem voz !

Continuei: “Tenho igualmente dificuldade em me considerar vosso amigo, pois que o senhor mesmo e os vossos confrades incitam os vossos fiéis a cortarem-me a garganta !”

Somente uma outra questão : “O senhor escolheria seguir Alá que vos ordena matar-me a fim de obter o Paraíso, ou Cristo que me incita a amar-vos a fim de que eu aceda também ao Paraíso, porque Ele quer que eu esteja na vossa companhia ?” Poder-se-ia ouvir uma mosca voar, enquanto que o Imã continuava silencioso.

Será inútil precisar que os organizadores e promotores do Seminário de Formação não apreciaram particularmente esta maneira de tratar o

Ministro do culto Islâmico e de expor algumas verdades a propósito dos dogmas desta religião.

No decurso dos próximos trinta anos, haverá suficientes eleitores muçulmanos no nosso país para instalar um governo de sua escolha, com a aplicação da “Sharia” como lei.

Parece-me que todos os cidadãos deste país deveriam poder tomar conhecimento destas linhas, mas com o sistema de justiça e dos “media” liberais combinados á moda doentia do politicamente correto, não há forma nenhuma de que este texto seja publicado.

É por isto que eu vos peço para enviar a todos os contactos via Internet.

Gilbert Collard

*Na sequência deste texto, tão elucidativo, transcrevemos um comentário publicado em «L’Osservatore Romano» (28 de Agosto, 2014), assinado por Zouhir Louassini, intitulado “**para um diálogo entre muçulmanos e cristãos – Os únicos interlocutores possíveis**”. É um comentário precioso, pois nos dá uma ideia das dificuldades vividas pelos próprios árabes, que tornam muito difícil um diálogo honesto.*

Há muitos anos, num encontro organizado pela mesquita de Madrid sobre o diálogo entre muçulmanos e cristãos, vivi uma experiência que me fez compreender como é difícil iniciar um diálogo verdadeiro entre as religiões. No congresso estava presente um jovem religioso, imã de uma pequena mesquita numa localidade espanhola, que me contou como foi apoiado pelas irmãs católicas para construir o seu lugar de culto e também como a Igreja tinha ajudado a pequena comunidade muçulmana na zona. Uma terceira pessoa que estava ali conosco, um pouco provocatoriamente, disse com um sorriso: «mas então, não são infiéis!». O religioso replicou irado: «São sempre infiéis e a sua única salvação consiste na conversão ao islão!». E encaminhou-se para a sala a fim de participar no debate programado sobre o diálogo religioso.

Com o tempo aprendi que se dialoga não só com quem quer dialogar mas também com quem, efectivamente, o pode fazer. Com efeito, o diálogo

entre as religiões não pode consistir apenas no encontrar-se em congressos para falar do tempo, de comida; e muito menos em limitar-se a exaltar o valor da própria fé. O diálogo precisa de sinceridade, de estima entre os interlocutores e, sobretudo, de um conhecimento verdadeiro do outro.

No distante ano de 1967, o historiador e sociólogo Abdallah Laroui publicou em França um dos livros mais úteis para compreender a realidade árabe e a sua evolução – *L'Ideologie arabe contemporaine: essai critique* – com a introdução de Maxime Rodinson. Naquela obra indica com perspicácia o denominador comum que desempenhou um papel fundamental na elaboração e na expressão de todas as ideologias no mundo árabe: a relação com o Ocidente. Com efeito, há um século que os árabes se definem só em relação ao mundo ocidental e aos seus valores. Para Laroui esta busca de si próprios gerou três tipos de ideologia, ou melhor, três tipos de árabes. O primeiro tipo é o «**liberal**»: é homem político, convencido que o atraso no mundo árabe é o resultado de muitos séculos de obscurantismo sob o domínio otomano. A solução, a seu parecer, encontra-se na Filosofia das Luzes e na defesa da democracia liberal.

O «**tecnófilo**» é o segundo tipo: este acredita que, nem a liberdade política nem o parlamento sejam o segredo do poder do Ocidente. Ao contrário, este consistiria na tecnologia e nas ciências aplicadas, que explicaria o seu domínio sobre o mundo.

Por fim, o «**clérigo**», o homem religioso, que manteve bem firme a oposição entre ocidente e oriente, no âmbito da relação entre cristianismo e islão; este terceiro tipo de árabe procura mostrar que o islão foi e será sempre superior ao cristianismo.

Portanto três tipos. Para os primeiros dois o ocidente pode oferecer modelos a seguir; para o terceiro, ao contrário, fora do próprio mundo há só uma ameaça contra a qual é preciso reagir. Por vários motivos, difíceis de resumir num breve artigo, hoje é o último tipo que predomina culturalmente no mundo árabe.

O terceiro tipo resume uma realidade muito complexa. Nela, privados de verdadeiras instituições religiosas que orientem as suas opções, os que têm um mínimo de influência são incapazes de sair de esquemas mentais, ideológicos, políticos, pertencentes a outras épocas. Ao mesmo tempo, os

que modernizaram a sua abordagem ao problema permanecem totalmente isolados.

É esta, hoje, a situação no mundo árabe. Realidades extremistas como o ISIS, um grupo que não supera vinte mil pessoas, mais não são do que a ponta do “iceberg”. Se quisermos começar a derreter este enorme bloco de gelo, seria justo e oportuno partir do facto que os muçulmanos moderados, mesmo se emudecidos, são a maioria. Eles são os únicos interlocutores possíveis para um diálogo baseado no conhecimento, no respeito e na estima recíproca.

DOENTES MENTAIS NA ILHA DA MADEIRA

Em 10 de Agosto de 1924, há exactamente noventa anos, iniciou a sua actividade a Casa de Saúde de Trapiche, na Madeira, revolucionando a assistência aos doentes mentais da região. Não foi fácil o caminho, apesar da boa vontade de muitos e do desejo das populações. O facciosismo político e anti-religioso bloqueou todas as iniciativas que, principalmente desde 1900, tentaram criar estruturas de assistência, garantidas pelos Irmãos de S. João de Deus.

Neste ano em que se comemoram os 500 anos da fundação da diocese do Funchal, que foi a maior em extensão de toda a história da Igreja, penso ser oportuno arquivar na revista um pouco das atribulações vividas nas Ilhas, contadas por um dos seus historiadores, o Pe. Aires Gameiro, dos Hospitais de S. João de Deus.

Finalmente 10 de agosto1924!

Fazer memória é importante.

*Distante e esquecido ficava o pedido de 1493 do Senado Municipal de **uma prisão ou tronco** para amarrar os alienados; longe ficavam os*

quartos separados de contenção e calabouço no hospital do Funchal de 1848 e as críticas impiedosas de Miguel Bombarda de 1898 sobre eles.

Distantes os projetos frustrados de D. Manuel Agostinho Barreto, de 1900, de ter os Irmãos de S. João de Deus na Ilha a assistir os alienados em vez do ainda inexistente Manicómio Câmara Pestana; e em 1908 de ter coisa melhor no Trapiche para não ter que encaminhar os seus doentes para os Irmãos os assistirem no Telhal.

Para trás ficava a existência breve de 19 anos (1906-1925) do projeto de alguns beneméritos e do Visconde de Caçongo do “seu” manicómio na Quinta do Rochedo que nunca satisfiz os doentes nem deu sossego às famílias, aos governantes e aos profissionais.

*Para trás ficava a ruidosa tentativa de má memória de **28 de maio de 1920** em que o presidente da Junta Geral e alguns dos seus colaboradores desejavam ter os Irmãos de S. João de Deus a remediar as deficiências gritantes do manicómio “bastilha”. Foram derrotados por um punhado de facciosos jacobinos que passaram por cima da opção de **2.372** (dois mil trezentos e setenta e dois!) funchalenses assinantes.*

Longe o 5 de outubro de 1910 em que a oligarquia republicana fundamentalista tornou inviável qualquer iniciativa dos “congreganistas” e “jesuitismo” (católicos). Os desejos de D. António Manuel Pereira Ribeiro para ter uma Casa de Saúde no Trapiche com melhores condições que o manicómio, ainda não estavam realizados em 1920.

*Finalmente desde Junho de 1922 dois Irmãos assentaram residência e prepararam as casas da Quinta do Trapiche com o apoio de cônegos, leigos cristãos empenhados e do povo de Santo António e de toda a Ilha. Finalmente 38 doentes são transferidos do desumano Manicómio Câmara Pestana no dia 21 de maio e **no dia 10 de agosto de 1924, há precisamente 90 anos, a Casa de Saúde do Trapiche foi inaugurada com pompa e solenidade cristã.***

Celebraram a inauguração o Provincial, hoje Beato João Jesus Adradas, D. António Manuel Pereira Ribeiro, o Cônego Manuel Francisco Camacho, Vigário Geral; e muitos outros padres e irmãos. Finalmente os alienados começaram a ter melhor sorte, e as alienadas menos de um ano depois em 9 de maio de 1925 começaram a ser melhor cuidadas pelas Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

O dia da inauguração da Casa de Saúde do Trapiche vai ser lembrado e celebrado sem pompa no dia 10 de agosto, ficando a comemoração solene para data oportuna a anunciar, sempre dentro das celebrações dos 500 anos da diocese do Funchal e do centenário da morte de S. Bento Menni que tornou esta Obra possível^{1}.*

«ACÇÃO MÉDICA» HÁ 50 ANOS

O fascículo respeitante ao período de Julho a Setembro de 1964 abre com o “Discurso de Sua Santidade Paulo VI aos diplomados católicos”. Estava o Concílio em marcha e esse fora o tema do Congresso que reunira em Roma os “diplomados” (hoje diríamos os licenciados ou os universitários) da Acção Católica italiana. Paulo VI, então ainda no início da sua missão petrina, pronuncia um belo discurso sobre o papel dos leigos na Igreja e sublinha a maior responsabilidade daqueles leigos que obtiveram um diploma académico e, normalmente, desempenham funções de maior visibilidade e relevo. O seu papel na sociedade é cada vez mais relevante e deles se exige coerência e intervenção, para que no mundo do trabalho sejam testemunhas e arautos de uma fé católica que é “alimento insubstituível e conforto imprescindível”. Reconhece que a hierarquia não tem o conhecimento da realidade profana de que dispõem os leigos e que por isso precisa da sua contribuição, para que se possa “colocar a vida religiosa da Igreja em comunicação com a vida profana da sociedade actual”. Apesar da novidade que traz, o discurso ainda revela características da época, tais como o facto de se dirigir a homens (não há uma única referência a mulheres, embora certamente nessa época não fosse rara a presença feminina nos licenciados) e de considerar os leigos como ponte entre a Igreja e a sociedade.

^{1*} Para mais pormenores ver o livro: Aires Gameiro – *História da Casa de Saúde S. João de Deus na Madeira*, brevemente nas livrarias.

Do Dr. Teodoro de Sousa Pedro, médico açoreano, é o artigo seguinte “Medicina e assistência médica nos primeiros séculos da nacionalidade”, um bosquejo da história da assistência em saúde no Portugal medievo. Como se sabe, e é destacado neste contributo, é à Igreja, e particularmente às suas instituições religiosas e caritativas, que cabe papel fundamental neste serviço de saúde.

Um interessante artigo do Pe. António Leite debruça-se sobre “A Igreja e a cremação dos cadáveres”. O erudito jesuíta procede a uma rápida revisão do percurso histórico da cremação e demonstra que não houve nunca uma proibição canónica da cremação, embora a clara preferência fosse para a inumação, a não ser na parte final do século XIX, por nessa altura existir uma intensa campanha pela cremação como sinal de anti-religiosidade e rejeição da doutrina da ressurreição. Em Portugal, coerentemente, a cremação foi autorizada por decreto de Afonso Costa, já em 1911, mas só teve efeitos práticos a partir de 1925, por nessa data ter sido constituído o forno crematório do Alto de S. João.

A Santa Sé não se opunha à incineração dos corpos dos fiéis em regiões onde a cultura local a tornava habitual, como no Japão e não constituiu por isso quebra com atitudes anteriores a Instrução do Santo Ofício, de há 50 anos, que autoriza os Bispos a permitir a cremação, quando as circunstâncias (como a escassez de espaços nos cemitérios ou o costume generalizado) o indiquem. Hoje, em que se tornou frequente o recurso à cremação, mesmo por parte de católicos em plena obediência aos ditames, usos e costumes da Igreja, convém meditar nestes aspectos e decidir, em plena autonomia, o que queremos que aconteça com os nossos restos mortais.

O Dr. Paiva Boléo, infatigável Director da nossa Revista, analisa o Parecer do Prof. Doutor Gomes da Silva, que serviu de base à nossa primeira lei sobre colheita de órgãos e tecidos nos cadáveres. Destaca a clareza, a qualidade e a concatenação lógica do parecer, que de facto é importante também no plano doutrinal, ao definir o cadáver que “não é pessoa, nem coisa” mas antes se afirma como “extensão da pessoa” por ter feito parte de uma personalidade única, em relação com outras pessoas. Por isso defende que é lícito e honroso ser dador cadavérico, desde que a recolha

seja efectuada após inequívoco diagnóstico de morte, se obedeça a regras de decoro e haja a certeza de que o falecido se não oporia a essa dádiva; o bem comum não se pode sobrepor à decisão individual, já que a dádiva não constitui um dever mas um acto de caridade (que não pode pois ser nunca obrigatória). Como se sabe, as sucessivas revisões da legislação de transplantações não têm ofendido estes grandes princípios, aqui tão bem expostos, de forma pioneira.

“A medicação contraceptiva” constitui um dossier traduzido da *Documentation Catholique* e inclui, para além de um texto de ligação entre as diversas peças, as declarações de Paulo VI ao Sacro Colégio, antes da publicação da *Humanae Vita*, as anteriores considerações de Pio XII, em 1958, sobre a pílula progestínica, o texto do Pe. Bernard Haering e as declarações dos Episcopados inglês e holandês. De alto interesse para a história da atitude da Igreja hierárquica perante a contracepção química, estes textos ajudam-nos a entender como foi difícil e não isento de hesitações o caminho que conduziu à carta-encíclica *Humanae Vita*.

Walter Osswald

ACÇÃO MÉDICA

ANO LXXVIII, N.º 3, Setembro 2014

RESUMOS

ABERTURA: Panorama preocupante – J. Boléo-Tomé

A vida, a família e a liberdade correm sério perigo, constantemente atacadas e ameaçadas em todo o mundo, por ideologias e interesses que são a negação do progresso. Desde os extremismos islâmicos, que negam o direito à vida dos que pensam diferente, às tentativas de imposição de estilos de vida e comportamentos desviantes ou perversos, tudo se está a passar num mundo que falou de justiça, de dignidade, de entreadjudada, de respeito, de responsabilidade, de fraternidade.

A medicina do futuro: fundamentos para uma profecia – Daniel Serrão

O Prof. Daniel Serrão faz uma previsão do futuro do homem apoiada em dados científicos disponíveis no nosso tempo. O desenvolvimento do cortex cerebral supraorbitário, o substrato neuronal da emergência do eu característico da espécie humana, facultar-lhe-á novas capacidades cognitivas, criativas e interpretativas da natureza e de si próprio, que poderão ser eletivamente estimuladas. Aumentará o controlo dos comportamentos humanos pelas sociedades. A prevenção e o tratamento das doenças permitirão o alongamento da vida humana saudável. Alguns indicadores sugerem que se acentuará nalgumas culturas a tendência para a supressão de vidas humanas inferiorizadas por condicionamentos genéticos, por doenças e por comportamentos desadaptados.

Ética e prescrição de agentes biológicos – J. Rodrigues Simões

Reflexão sobre a prescrição de medicamentos biológicos e as muitas restrições e exigências com dimensões éticas que importa considerar. A ética exige que os custos de fabrico, distribuição e utilização desses medicamentos sejam transparentes. No contexto de crise financeira os recursos para a saúde, sempre limitados face às necessidades, devem ser usados de forma cada vez mais criteriosa. As teorias de justiça em ética médica referem-se aos ideais de garantir a distribuição equitativa dos recursos e à prevenção de discriminação. Conclui-se pela necessidade de definição de um quadro ético para informar a transparência da tomada de decisão sobre prioridades na prescrição de agentes biológicos.

Custos sociais da pornografia – Fernando Rodriguez Borlado

Quando o consumo de um produto é viciante, está ao alcance de qualquer pessoa e é frequentemente gratuito, não é estranho que se “normalize”. Mas isso não quer dizer que seja inócuo. Na era da Internet, a pornografia invadiu não só os computadores mas também as mentes de muitos. O que está a ter uns custos em termos de saúde mental, tensões entre casais e depreciação da sexualidade.

Reprodução humana e política – Paulo Vasconcelos Jacobina

Certas políticas estatais que procuram promover a limitação da natalidade tomam os interesses individuais e os conteúdos de determinadas ideologias como constituindo um objectivo a atingir na generalidade das sociedades contemporâneas. Negar a bondade intrínseca da capacidade humana de reprodução e impor colectivamente comportamentos nos domínios da sexualidade constituem necessariamente ofensas à dignidade da pessoa humana.

Aspectos da contribuição portuguesa para o progresso da medicina – notas históricas – J. Boléo Tomé.....

Nos tratados de História da Medicina é muito rara a referência a portugueses. Quando são citados é frequente ser-lhes atribuída outra nacionalidade, geralmente a espanhola; Portugal parece não existir, para além de um tal senhor *Da Gama*, ou de um poeta, *Camões*. E, no entanto, os portugueses deram contribuições fundamentais únicas, que anteciparam em vários séculos todos os conceitos actuais de Assistência. Com base nesta realidade, depois de uma breve referência ao aparecimento de hospitais, são apontadas três linhas de acção em que os portugueses foram realmente pioneiros: A reforma dos sistemas de Assistência Pública; A reforma dos cuidados de Saúde Mental; A reforma dos cuidados em situações de guerra (os Reais Hospitais Militares).

TEMAS ACTUAIS**O mundanismo actual e o Papa Francisco – Salvatore Cernuzio.....**

O espírito mundano, que negocia tudo, até a Fé, foi denunciado pelo Papa numa homilia como um dos piores inimigos do homem. Perante uma proposta mundana, tudo é posto em causa, numa espécie de progressismo adolescente, para chegar por fim a uma globalização de pensamento único.

“Barrigas de aluguer”: algumas questões para pensar – Pedro Vaz Patto.....

É preciso desfazer alguns mitos relacionados com a maternidade de substituição, ou “barrigas de aluguer” – a pretensa finalidade terapêutica, a gratuidade, o “bem” da criança ou da mãe de substituição, ou outros. Os mitos são abordados pelo autor com base em duas obras publicadas em França.

Síndrome de Down e aborto

O primeiro autor, com dois filhos adoptivos portadores da deficiência, dirigiu uma carta aberta ao médico Richard Dawkins, que defende o aborto obrigatório nas crianças com síndrome de Down. Junta-se um comentário do Pe. Vila Chã.

- A anomalia homossexual** - John Flynn, S. J.....
O autor deste comentário, John Flynn, analisa um ensaio publicado recentemente, onde se abordam as consequências sociais e morais da legalização do casamento entre pessoas do mesmo sexo.

NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS.....

- **Cristãos – os novos perseguidos** (Grã-Bretanha: despedida por falar de Deus)
- **Aborto: a recusa e a consequência** (despedidos por recusarem praticar abortos)
- **Esquerda sexual** (os “direitos sexuais” e a “saúde reprodutiva” na ONU)
- **A fé de Foley, o jornalista decapitado** (a odisseia de Foley, preso em 2011 na Líbia)
- **Muçulmanos e violência** (a posição dos muçulmanos moderados)
- **Um texto a recordar** (o Islão dos extremistas)
- **Doentes mentais** (apontamento histórico na Madeira)
- **«Acção Médica» há 50 anos**

ACÇÃO MÉDICA

ANO LXXVIII, N.º 3, September 2014

ABSTRACTS

EDITORIAL – Worrying panorama – J. Boléo-Tomé.....

Life, Family and Freedom are at serious risk, constantly attacked and under permanent threat all over the world by ideologies and interests that oppose progress. From the Islamic extremists, who deny the right to life of those who think differently//, to the attempts to impose lifestyles and deviant or perverse behaviours, such perils are rife in a world that supposedly seeks on justice, dignity, helping one another, respect, responsibility and fraternity.

The medicine of the future: the foundations for a prophecy – Daniel Serrão

Professor Daniel Serrão predicts a future for mankind backed up by today's scientific data. The development of the supraorbital cerebral cortex, the neuronal substrate of the emergence of the *self* which characterises the human species, endows the brain with new cognitive, creative and interpretative capacities with regard to nature and the oneself, that can be selectively stimulated. This will increase societies' control over human behaviours. The prevention and treatment of illnesses will allow humans to live a longer and healthier life. Some indicators suggest that in certain cultures there will be more suppression of the weaker members of society because of their genetic condition, illness or inappropriate behaviour.

Ethics and prescription of biological drugs – J. Rodrigues Simões

A reflection on the prescription of biological medicines and the many ethical restrictions and requirements that should be considered. Ethical concerns demand that the production costs, distribution and use of these medicines be transparent. In the backdrop of the financial crisis, where health resources are always scarce in relation to the needs, they should be used in an increasingly selective manner. Justice theories in medical ethics refer to the ideas guaranteeing the fair distribution of the resources and the prevention of discrimination. The conclusion outlines the need to define an ethical framework to ensure transparency in the decisions made in relation to priorities in the prescription of biological agents.

Social costs of pornography – Fernando Rodriguez Borlado

When the consumption of a product is addictive, is within reach of everybody and is often free, it is no surprise it becomes 'normalised'. But this does not mean it is innocuous. In the Internet era, pornography has invaded not only computers, but also many people's minds. This has costs in terms of mental health, tension between couples and the depreciation of sexuality.

Human reproduction and politics – Paulo Vasconcelos Jacobina

Certain state policies that aim to restrict the birth rate apprehend individual interests and the content of certain ideologies and make them the goal to be achieved in most contemporary societies. Denying the intrinsic human capacity for reproduction and collectively imposing certain behaviours in the field of sexuality are necessarily attacks on the dignity of human beings.

Portuguese contributions to public health progress – historical notes

– J. Boléo-Tomé

In the books on History of Medicine one seldom finds any reference to Portuguese contributions. When they are cited, it is common to attribute another nationality to the individual in question, usually Spanish. It is as if Portugal does not exist beyond *Vasco da Gama*, or the poet, *Camões*. Nevertheless, Portuguese had made unique and fundamental contributions that were several centuries ahead of all the modern concepts of Healthcare. Based on this fact, after a brief reference to the appearance of hospitals, three lines of action are drawn up in which the Portuguese were authentic pioneers: The reform of the Public Healthcare systems; The reform of Mental Health Care; The reform of healthcare in wartime scenarios (the Royal Military Hospitals).

ACTUAL THEMES

Today's worldliness and Pope Francis – Salvatore Cernuzio.....

The worldly spirit, which entails everything, even Faith, was denounced by the Pope in a homily as one of the worst enemies of mankind. When faced with a mundane proposal, everything is thrown into doubt, in a kind of adolescent progressionism aimed at ultimately arriving at a globalisation of a single thinking.

‘Surrogate pregnancies’: issues to ponder – Pedro Vaz Patto

Certain myths about surrogate motherhood, or ‘wombs for rent’ have to be exposed: the supposed therapeutic purpose, the absence of a fee, the ‘good’ of the child or the surrogate mother, among others. These myths are tackled by the author based on two books published in France.

Down Syndrome and abortion

The first author, who adopted two children who have this disability, wrote an open letter to the doctor Richard Dawkins, who argued for compulsory abortion of children with Down Syndrome. A comment is added by Father Vila Chã.

The homosexual anomaly – John Flynn, S. J.

The author of this comment, John Flynn, analyses a recently published essay which dwells on the social and moral consequences of the legalisation of marriage between people of the same sex.

NEWSANDCOMMENTS.....

- **Christians – the newly persecuted** (Great Britain: fired for talking about God)
- **Abortion: refusal and consequences** (fired for refusing to carry out abortions)
- **Sexual ‘left’** (‘sexual rights’ and ‘reproductive health’ in the UN)
- **Foley’s faith, the decapitated journalist** (Foley’s odyssey, arrested in 2011 in Libya)
- **Muslims and violence** (the position of moderate Muslims)
- **A text to remember** (Islam of the extremists)
- **Mental illness** (historical report in Madeira)
- **‘ACÇÃO MEDICA’ 50 years ago**

NOVOS ASSOCIADOS

Foram admitidos como novos associados:

- Dr. Rui Augusto Moreira | Porto
- Dra. Marina Teixeira | Leiria
- Dra. Catarina Isabel Soares Marques Portela | Braga
- Dra. Inês Sousa Soares Sousa Guedes Machado Vaz | Porto
- Dr. António Paulo Oliveira Cardoso | Porto
- Dra. Marta Helena Soares Almeida | V. N. de Famalicão

SÓCIOS FALECIDOS



Preço: 5,00 €