



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

ANO LXXVIII, Nº 1

Março 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 Augusto Simões

Conselho Científico

Walter Osswald

Levi Guerra

Daniel Serrão

Henrique Vilaça Ramos

Jorge Biscaia

José Pinto Mendes

José E. Pitta Grós Dias

Lesseps L. dos Reis

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

<http://amcp.com.sapo.pt>

Secretária: Maria de Fátima Costa (mfmléal@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: Luisa Viterbo

Patrícia Bernardino

João Pedro Pimentel

Bruno Pinto

Assistente: P. José Eduardo Lima sj

NÚCLEOS DIOCESANOS (PRESIDENTES)

Aveiro: Jorge Rodrigues Pereira

Coimbra: Augusto Pinto

Faro: Santos Matos

Guarda: Victor Santos

Lisboa: Sofia Reimão

Porto: Manuel Pestana Vasconcelos

Viseu: João Morgado

SUMÁRIO

Cardeal D. José Policarpo	5
Mensagem do Presidente	9
A formação académica em Medicina	
Clara Costa OLIVEIRA, Ana FEIO	11
Algumas questões éticas ligadas à Medicina de catástrofe	
Alexandre LAUREANO SANTOS	29
Associativismo médico católico	
François BLIN, Walter OSSWALD	45
Estado laico e símbolos religiosos	
Paulo Vasconcelos JACOBINA	51
TEMAS ACTUAIS	
A revolução sexual no processo de secularização	
Lucetta SCARAFFIA, Joseph FARAH	57
A O.N.U. contra a Igreja?	
Pedro VAZ PATTO	67
A criança, a Família e a ONU	
J. BOLÉO-TOMÉ	69
ARQUIVO A COMECE e as eleições europeias	75
NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS	
• Liberdade religiosa e casamento nos E.U.A.	81
• Fernando Ribeiro e Castro	82
• AMCP – Nova Direcção Nacional	83
• «Acção Médica» há 50 anos (Walter Osswald)	84

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 €



CARDEAL D. JOSÉ POLICARPO

No dia 12 de Março fomos surpreendidos pelo falecimento inesperado de Sua Eminência o Senhor Cardeal D. José Policarpo, Patriarca Emérito de Lisboa. Completara 78 anos no dia 26 do mês de Fevereiro anterior. Sagrado Bispo em 1978, foi nomeado Patriarca de Lisboa em 24 de Março de 1998. O Papa João Paulo II designou-o Cardeal em 2001.

“Cardeal das Pontes”, assim o referiram pela sua capacidade de compreensão dos outros e pela permanente disponibilidade para ouvir e dialogar. O seu pedido para sermos “cidadãos activos no nosso bairro”, para irmos ao encontro dos nossos irmãos nas ruas e nos locais de trabalho, realizou-o ele próprio na simplicidade da sua presença junto dos que tiveram o privilégio de o conhecer. Recordamos o seu empenho em pôr “Lisboa em movimento” nas etapas das jornadas da Nova Evangelização, movimento de que foi um inspirador, abrindo espaços de escuta e de diálogo que se repercutiram por toda a cidade. É que, dizia ele, “para se falar de Deus não se pode estar fechado na sacristia”.

Múltiplas e diversificadas têm sido as manifestações de apreço provenientes de muitos sectores da sociedade portuguesa pela vida e pela obra

do Sr. D. José da Cruz Policarpo, nomeadamente no âmbito da sua actividade pastoral marcada por uma atitude particularmente ligada aos sinais dos tempos. Têm sido postas em relevo a sua elaboração teológica, as responsabilidades universitárias que assumiu plenamente em períodos particularmente difíceis da sociedade portuguesa, as suas actividades como pedagogo e a sua presença activa e actuante nos eventos culturais mantendo um diálogo aberto e fecundo com os intelectuais do seu tempo.

Nesta breve memória referiremos apenas alguns episódios que podem revelar um pouco do Senhor D. José. Lembramos o primeiro contacto com o então jovem sacerdote Padre José Policarpo no distante ano de 1963 quando um grupo de alunos universitários se dispôs a organizar umas curtas férias destinadas a jovens cegos em colaboração com o Instituto Helen Keller e a Fundação Calouste Gulbenkian. O Sr. Padre Policarpo era então professor e vice-reitor do Seminário de Penafirme onde os jovens seminaristas da Diocese de Lisboa faziam o início da sua preparação. O grupo foi pedir-lhe o seu apoio no sentido do alojamento de três dezenas de jovens por um período de duas semanas nas instalações do seminário, então disponíveis por ocasião das férias dos seminaristas. Recordamos a disponibilidade com que os acolheu e lhes prestou os seus inestimáveis bons officios. Alterou o período das suas próprias férias, sendo a sua presença um estímulo actuante durante esse difícil período para os inexperientes estudantes, não obstante a colaboração de alguns esforçados monitores mais bem preparados para o efeito. O vice-reitor não só facultou as instalações do seminário como concedeu todas as facilidades na utilização dos equipamentos pedagógicos de que a instituição podia dispor. Esses curtos períodos de férias puderam ser repetidos nas mesmas circunstâncias em anos subsequentes.

Recordamos ainda o apoio pessoal e atento com que o Reitor da Universidade Católica Senhor D. José Policarpo envolveu todos os trabalhos preparatórios elaborados no sentido da criação de uma Faculdade de Ciências da Saúde nos anos de 1994 e 1995 no âmbito da instituição universitária que então superiormente dirigia. A ocasião não era nada favorável à criação de uma nova faculdade sobretudo pela extensão das verbas envolvidas na criação dos institutos dedicados ao ensino das ciências básicas (eventualmente com possibilidade de uma utilização comum nos cursos

de Enfermagem, de Farmácia, de Medicina e de Técnicos de Saúde) e pelo enorme investimento implícito na gestão de um hospital universitário. Mas o estímulo que sempre representou a sua presença junto do grupo de trabalho e a tranquilidade com que assumiu as suas propostas representou para a comissão encarregada do projecto um sinal da sua prudência e sabedoria.

Por ocasião do Jubileu do Ano 2000 foi proposta pela Associação dos Médicos Católicos Portugueses e pela Federação Internacional dos Médicos Católicos (FIAMC) a criação de uma Maternidade-Escola em Timor que permitisse dar apoio às mães e às crianças e possibilitasse a preparação de pessoal naquele longínquo território que pudesse dar continuidade à acção que se pretendia iniciar. A ideia contou com o apoio pessoal do Santo Padre João Paulo II, da Federação Internacional dos Médicos Católicos (FIAMC), da Diocese de Lisboa e da Rádio Renascença, entre outras instituições nacionais. O Senhor D. José Policarpo deu o maior relevo e o apoio pessoal à criação da Fundação Mater Timor que permitiu juntar os meios financeiros, logísticos e técnicos que deram corpo à Maternidade, a qual se encontra na actualidade em pleno funcionamento sob a tutela da Diocese de Díli.

Recordamos com muito afecto a presença do Pastor que nos deixou. A “Acção Médica” presta-lhe uma sentida homenagem pedindo a Deus o seu descanso eterno e a bênção para os que ficaram.

A DIRECÇÃO

MENSAGEM DO PRESIDENTE

No passado dia 8 de Março foi eleita em Conselho Nacional a nova direcção da Associação dos Médicos Católicos Portugueses. Curiosa a coincidência de, no Dia Mundial da Mulher, ter sido eleita uma direcção presidida pela primeira vez na história da Associação por um ginecologista e obstetra.

Este é um desafio que aceitei porque, feito o discernimento necessário, concluí ser essa a Vontade de Deus . Com a Sua ajuda consegui constituir uma equipa directiva formada por médicas e médicos profundamente crentes, profissionalmente competentes e provenientes de várias áreas da medicina, que me dá garantias de um trabalho proficuo ao serviço da Associação. Como assistente espiritual, a nova direcção contará com um sacerdote jesuíta de quem sou amigo e com sensibilidade para as questões bioéticas.

Desejo vir a ser um presidente de uma direcção que exerça o seu mandato tentando captar o que o Espírito deseja que se faça hoje em ordem à evangelização quer do mundo médico, quer do mundo da saúde. Para isso, inspirar-se-à de um modo particular em Cristo Médico, modelo que pode e deve não só iluminar todo o nosso trabalho na Associação, mas também a nossa actividade profissional. Fá-lo-à em Igreja e, portanto, em espírito de comunhão com todas as estruturas eclesiais dedicadas à evangelização do mundo da saúde.

Por isso, um dos aspectos a que a direcção irá dedicar especial atenção será o da formação espiritual dos médicos católicos, pelo que algumas iniciativas serão anunciadas em breve neste particular.

Procuraremos reforçar a ligação aos núcleos existentes, promover a expansão da Associação a outras dioceses e aumentar significativamente o número de sócios, com uma especial atenção às novas gerações. Também

já está decidido que em todos os números da nossa revista haverá uma página da direcção e notícias das suas actividades e das dos núcleos.

E muitas outras ideias estão a ser pensadas e amadurecidas em ordem à revitalização da AMCP e de que, a seu tempo, daremos conta.

Quero ainda falar-vos de dois grandes desafios que teremos pela frente. O primeiro será, em 2015, o centenário da nossa Associação que merece ser devidamente preparado e celebrado por todos nós. Lanço um desafio aos que lerem estas linhas para que colaborem connosco, fazendo-nos chegar as suas sugestões e disponibilizando-se para ajudarem no que lhes vier a ser pedido

O segundo, será a possibilidade da realização em Portugal do próximo Congresso da FEAMC em 2016. O nosso representante na FEAMC, Prof. Laureano Santos, transmitiu ao Conselho Nacional ser esse o desejo da Federação e nós, na primeira reunião da direcção após a eleição, decidimos manifestar a nossa disponibilidade para tal.

Sou presidente de uma associação que tem sido dirigida por médicos prestigiados em Portugal e no estrangeiro e que contribuíram decisivamente para a afirmação da AMCP no mundo da medicina. Destaco dois, por ter feito parte de direcções por eles presididas, de quem sou amigo e com quem muito aprendi: os Profs. Walter Osswald e Daniel Serrão. Herdo, por isso, um desafio difícil e exigente, para o qual reconheço ter qualidades humanas certamente insuficientes. Mas, se Deus me quer agora aqui, não tenho dúvidas que não me faltará com a Sua Graça. E também não tenho dúvidas que contaremos com as orações de todos aqueles que connosco estão neste barco, ajudando-nos a chegar a bom porto!

Carlos Alberto da Rocha

A FORMAÇÃO ACADÉMICA EM MEDICINA

– Estudo Exploratório –

Clara Costa Oliveira¹
Ana Feio²

INTRODUÇÃO

Este artigo descreve um estudo descritivo, exploratório e fenomenológico sobre um aspecto que tem sido mencionado internacionalmente: a formação académica de médicos afasta-se do treino clínico que estes profissionais deveriam adquirir antes de começar a exercer a profissão. Centra-se na dimensão do conhecimento, entendido como a assimilação de informação (Anderson; Graham, 1980), em detrimento de competências mais ligadas à ‘arte médica’ e ao relacionamento médico-doente. Assim, o objectivo deste estudo foi identificar quais as áreas mais e menos importantes para o desempenho clínico de médicos, em Portugal, no que respeita à sua formação académica. Os resultados obtidos resultam obviamente de percepções de pessoas que retrospectivamente olham para o seu percurso académico e o articulam com o exercício clínico profissional. Daí tratar-se assumidamente de um estudo fenomenológico, sem quaisquer pretensões e obtenção de dados ‘objectivos’ sobre o tema em questão. Quisemos dar voz aos próprios médicos no que respeita à sua formação académica. Uma das lições mais deprimente, ainda que não surpreendente, é que, em Portugal, estamos perante uma classe que não demonstrou vontade, nem interesse, em ser ouvida, pelo menos neste estudo. O sofrimento e apatia dos médicos

¹ Investigadora na Universidade do Minho (IE-CEH-UM)

² Inv. colaboradora do CEH-U.Minho.

em Portugal devem ser objecto de estudo quanto antes, no nosso entendimento (Dejours; Abdoucheli, 1994).

MATERIAL E MÉTODOS

1. Elaboração e testagem do instrumento

Considerou-se importante a realização de um inquérito que demorasse pouco tempo a ser respondido, e que pudesse ser divulgado e preenchido facilmente. Elaborou-se, pois, um questionário com perguntas fechadas, no que respeita à identificação, e de estrutura semi-aberta, no que se refere às perguntas sobre formação académica.

Tendo em conta o objectivo do estudo referido anteriormente, duas perguntas incidiram sobre as áreas formativas que mais e menos importantes tinham sido para a prática clínica actual dos inquiridos. A terceira incidiu sobre eventuais omissões científicas da formação académica, no que se referisse à prática clínica médica. A qualquer uma destas perguntas foi solicitada justificação.

A primeira versão do documento foi testada com um grupo de 25 médicos de um hospital português, de várias especialidades e em regime de internato. Foi sugerida uma pequena alteração na identificação do grau académico, pelo facto de haver, neste momento, cursos de licenciatura com mestrado integrado, no âmbito da estruturação académica pró-Bolonha. Essa alteração foi introduzida.

A testagem do instrumento permitiu aferir a dificuldade e o tempo gasto para o seu preenchimento; os 25 médicos que o testaram responderam sem dificuldade e nenhum demorou mais de cinco minutos.

2. Divulgação e preenchimento do instrumento

Após a testagem do instrumento, o questionário foi divulgado por contacto pessoal com os profissionais de saúde em várias instituições e através do envio, por correio electrónico, do questionário ou do *link* da plataforma on-line onde o mesmo se encontrava disponível. Em todos estes contactos, foi solicitado aos profissionais de saúde, a divulgação do questionário junto da classe médica e foi também garantido o total anonimato no tratamento

de dados Utilizou-se pois o método de *snowbowling* para colecta de dados (Penrod; Preston; Cain; Starks, 2003) e a metodologia utilizada foi de tipo mista (qualitativa e quantitativa); qualitativa sobretudo na análise temática de conteúdo, por recurso ao método estruturalista-hermenêutico (Braun; Clarke, 2006; Flick, 2002)

Convém esclarecer que não existe consenso na literatura quanto ao uso de expressões como ‘análise de conteúdo’, ‘análise temática’, análise de discurso’, ‘grounded theory’. De facto, a análise de conteúdo surgiu em meados do século passado, tentando criar uma técnica metodológica que permitisse uma abordagem interpretativa de dados colhidos nas ciências sociais, que as técnicas e métodos quantitativos não permitiam; no entanto, o método e a técnica, desenvolvidos sobretudo por Bardin (2000), possuem ainda ligações a uma análise quantitativa, analisando o conteúdo de uma entrevista, por exemplo, em função do número de vezes que determinada categoria surge, ou seja, por exemplo: a interpretação de um questionário encontra-se fortemente correlacionado com a quantidade de vezes que determinadas categorias surgem (Flick, 2002)

Isto inviabiliza um estudo mais aprofundado do significado dos conceitos utilizados num inquérito, o que é conseguido pela análise temática, ao correlacionar os conceitos com temas que englobam contexto e dados sociodemográficos de quem os utiliza, por exemplo (Moore, 1955). Aproxima-se de uma análise hermenêutica, onde o significado depende da correlação significativa entre vários conceitos numa narrativa, no contexto histórico em que é formulada, na coerência existente entre os conceitos utilizados, etc.

Alguns dados foram sujeitos a análise quantitativa simples e SPSS, dos quais resultam os gráficos que apresentamos. Contactámos ainda a ordem dos médicos e os núcleos de estudantes de Medicina das diversas universidades portuguesas, sem que tenhamos obtido nenhuma resposta por parte destas organizações.

Dos 220 questionários recolhidos, 124 foram considerados válidos para este estudo, por se encontrarem correctamente preenchidos. Os outros estavam incompletos, pelo que tiveram que ser eliminados da amostra do estudo.

Dado o questionário se reportar à formação académica dos actuais médicos, não se considerou necessário ter que pedir autorização à Comissão de Ética dos vários estabelecimentos de saúde nos quais eles foram respondidos. Tal foi, aliás, o entendimento do responsável pela formação do hospital no qual foi testado o instrumento.

Os inquéritos foram respondidos durante o primeiro semestre do ano 2011 e embora pudessem ter sido respondidos por profissionais a exercerem a sua actividades em qualquer parte do território português, nenhum médico de origem insular respondeu ao inquérito, apesar da sua ampla divulgação.

3. Tratamento dos resultados

Os dados dos 124 inquéritos considerados neste estudo foram sujeitos a um tratamento estatístico de SPSS, obtendo-se percentagens e gráficos sobre as variáveis presentes na identificação dos inquéritos: idade; sexo; universidade onde obteve o grau académico; especialidade e instituição profissional actual.

No que respeita às respostas fornecidas pelas perguntas semi-abertas codificaram-se em SPSS as áreas/valências científicas mencionadas pelos respondentes em função das seguintes grupos temáticos: ‘Ciências básicas’; ‘Áreas clínicas’; ‘Humanidades em Medicina’; ‘Especialidades’; ‘Saúde pública’; ‘Outras áreas/valências’. Este último grupo temático condensou grupos de disciplinas (ou unidades curriculares – uc’s), que muitos respondentes não inseriram em nenhuma área/valência. Assim, considerou-se:

Ciências básicas: ‘ciências básicas’, ‘matemática’; ‘química biológica’, ‘bioquímica’; ‘física e química’; ‘anatomia patológica’; ‘Medicina laboratorial’; ‘patologia’; ‘biomatemática’; ‘biofísica’; ‘da clínica à biologia molecular’; ‘biologia celular’; ‘farmacologia’; ‘sistemas orgânicos e funcionais’; ‘anatomia’; ‘farmacologia’; ‘infecção nosocomial’; ‘Medicina nuclear’.

Áreas clínicas: ‘prática clínica’; ‘residências hospitalares’; ‘Medicina interna’; ‘terapêutica médica’; ‘propedêutica médica e cirúrgica’; ‘clínica médica’; ‘introdução à clínica médica’; ‘raciocínio clínico’; ‘semiologia’;

‘modelos probabilísticos para diagnóstico, tratamento e prognóstico’; ‘estágios/casos clínicos/prática’; ‘serviço de urgência’; ‘realização de exame clínico’; ‘área de abordagem do trauma’; ‘medicação’.

Humanidades em Medicina: ‘domínios verticais’; ‘trauma e doente crítico’; ‘inglês’; ‘ética/bioética e deontologia’; ‘psicologia’; ‘psicologia médica’; ‘sociologia médica’; ‘história da Medicina’; ‘responsabilidade do doente’; ‘dor’; ‘sofrimento’; ‘vertente psico-social’; ‘comunicação/relações interpessoais’; ‘compreensão do idoso’; ‘perspectiva psicossomática’; ‘antropologia’; ‘direito da saúde’; ‘política e políticas da saúde’; ‘familiares de doentes’; ‘articulação com serviço social’; ‘aprender a ouvir’; ‘aprender a dar más notícias’; ‘aprender a trabalhar em equipa’; ‘coordenação e gestão de conflitos’; ‘reclamações’; ‘agressividade’; ‘dependência psíquica’; ‘humanização’; ‘falência do modelo médico’; ‘problemas sociais’; ‘volume de trabalho’; ‘dependências’; ‘empatia’; ‘lidar com a morte’; ‘maior autonomia e participação’; ‘contacto com estruturas de saúde e doentes’; ‘o doente psiquiátrico’; ‘Medicina legal/forense’; ‘multiculturalismo’.

Especialidades: ‘Medicina geral e familiar’; ‘cirurgia geral’; ‘urologia’; ‘oftalmologia’; ‘anestesiologia’; ‘neurofisiologia’; ‘hematologia’; ‘fisiologia’; ‘psiquiatria e saúde mental’; ‘ginecologia/obstetrícia’; ‘radiologia’; ‘cuidados intensivos’; ‘ortopedia’; ‘genética’; ‘neurologia’; ‘saúde comunitária’; ‘pediatria’; ‘dermatologia’; ‘otorrinolaringologia’; ‘oncologia’; ‘cuidados paliativos’; ‘neuroquímica e neurofisiologia’; ‘doenças crónicas’; ‘cirurgia básica’; ‘ortopedia’; ‘Medicina oral’; ‘estomatologia’; ‘infecçologia’; ‘nefrologia’; ‘pedopsiquiatria’; ‘cuidados continuados’.

Saúde pública: ‘saúde pública’; ‘Medicina preventiva’; ‘epidemiologia’; ‘biologia das populações’; ‘higiene e Medicina social’; ‘Medicina comunitária’ e ‘saúde comunitária’; ‘estatística/bioestatística’ (dada a indefinição, em Portugal, de onde se inserir a Medicina comunitária - na saúde pública ou na Medicina geral e familiar, por exemplo-, optamos por a inserir no grupo temático «saúde pública»).

Outras áreas/valências: ‘estágios’; ‘introdução à Medicina’; ‘métodos quantitativos’; ‘organização dos serviços’; ‘análises’; ‘terapêutica e hidrologia’; ‘todas as áreas actualmente não praticadas’; ‘teoria e <ver

fazer»); ‘informática’; ‘PBL (*problem-based learning*)’; ‘terapêutica médica’; ‘enfermaria’; ‘análises’; ‘Medicina legal’; ‘meios complementares de diagnóstico’; ‘patofisiologia’; ‘neuroanatomia’; ‘ecologia’; ‘Medicina baseada na evidência (MEB)’; ‘limitar gastos’; ‘como escrever e interpretar um artigo científico’; ‘ferramentas de análises de dados’; ‘marketing na promoção da saúde’; ‘gestão do tempo’; ‘tecnologias’; ‘limitações burocráticas’; ‘nutrição’; ‘investigação’; ‘suporte básico de vida’; ‘suporte avançado de vida’; ‘gestão dos serviços de saúde’; ‘análise de resultados de ensaios clínicos’; ‘material anatómico’; ‘intervenções em gasimetria’; ‘procedimentos técnicos de enfermagem’; ‘electrocardiografia’; ‘socorrismo’.

Estes grupos temáticos correspondem, *grosso modo*, à estrutura base das licenciaturas em Medicina das universidades onde os inquiridos realizaram a sua formação académica; mas várias das áreas/valências, disciplinas/uc’s não foram possíveis de encaixar numa estrutura comum, pelo que, como já se referiu, decidiu-se colocá-las no grupo temático ‘Outras áreas/valências’. No que respeita à Medicina interna, não foi colocada nas ‘Especialidades’, mas sim no grupo temático das áreas clínicas pelo facto de os inquiridos a considerarem como uma área que proporciona sobretudo treino clínico. Não se inseriu a Saúde Pública nas ‘Especialidades’ por muitas áreas/valências/disciplinas aparecerem como dela fazendo parte, pelo que pareceu mais producente considerá-la como um grupo temático à parte, de modo a ficar consagrada essa pluralidade.

Tendo por base grupos temáticos criados procedeu-se, posteriormente, a uma análise temática de conteúdo das justificações fornecidas pelos respondentes.

RESULTADOS

Os 124 inquéritos considerados correspondem a uma população com idades ente 24 anos e os 83 (um respondente), maioritariamente do sexo feminino (71). Se o predomínio das mulheres é crescente a partir dos 45 anos, isso não acontece nos inquéritos obtidos com profissionais entre os 40-45 anos; no entanto, esse predomínio (ainda que menos acentuado) verifica-se também nos inquiridos com a idade compreendida entre os 50 e os 55 anos.

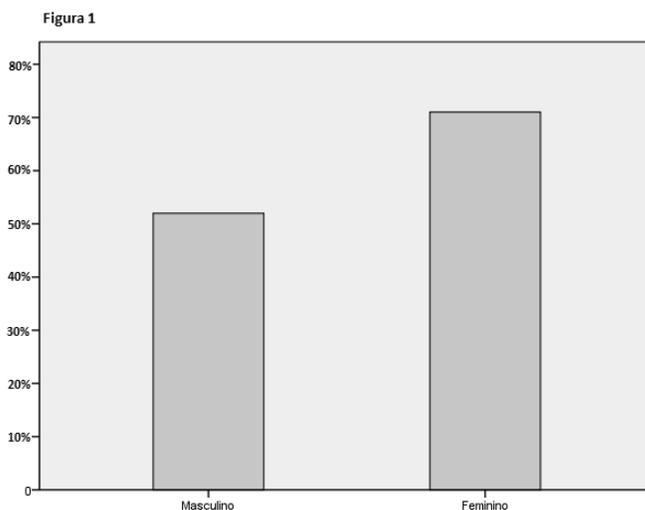


FIGURA 1: gráfico nº 1 – respondentes por sexo

Os respondentes eram profissionais com especialidade (16 tipos diferentes) ou em ano de internato comum; pertenciam a 17 instituições de saúde (encontrando-se também um profissional aposentado); trabalhavam em 33 unidades/serviços, além daqueles que se encontravam em ano comum. Os médicos portugueses desta amostra obtiveram o seu grau de licenciatura/mestrado integrado em todas as universidades de Medicina do continente, com exceção da Univ. Clássica de Lisboa e da Univ. da Beira Interior, das quais não recebemos quaisquer resposta ao inquérito. A Faculdade de Medicina do Porto foi aquela da qual se receberam o maior número de respostas.

Tendo em conta a análise de resultados baseada nos temas acima enunciados, os dados apontam claramente para que a área formativa da academia portuguesa que os inquiridos consideraram com menor interesse para a sua prática clínica é a de ‘Ciências Básicas’; em segundo lugar surgem as ‘Humanidades em Medicina’, quase iguais pela área de ‘Especialidades’.

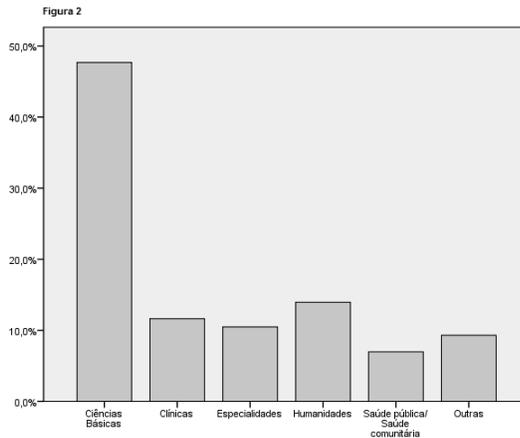


FIGURA 2: Gráfico n.º 2 – Áreas académicas com menor interesse para a prática clínica

No que respeita às áreas/valências/disciplinas/uc's de maior interesse para a prática clínica, os médicos inquiridos atribuíram um grande peso às incluídas no grupo temático 'Áreas clínicas' (54,7%). Em segundo lugar surgem as 'Especialidades' com 23,6%; mas se a este valor, acrescentarmos o valor do no grupo temático 'Saúde Pública', teríamos que as especialidades seriam responsáveis por 29,3% na pergunta deste questionário.

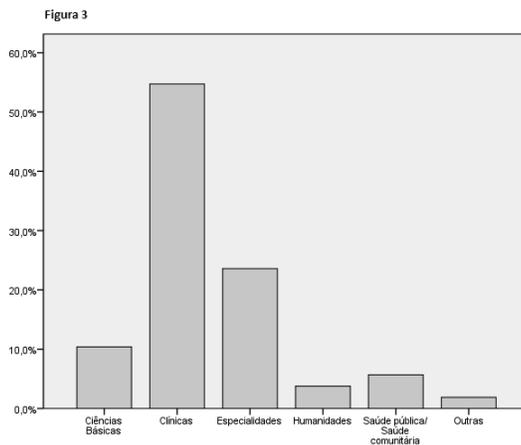


FIGURA 3: Gráfico n.º 3 – Áreas académicas de maior interesse para a prática clínica

No grupo temático ‘Áreas clínicas’ sobressaem duas áreas: residências e Medicina interna, seguidas de ‘clínica médica’ e de ‘introdução à Medicina clínica’.

Interessantes os dados obtidos, por uma das áreas consideradas menos importantes na formação ser considerada como uma das que mais falta faz na prática clínica, as ‘Humanidades em Medicina’, com 36,6% (34). Tentaremos elucidar esta questão posteriormente.

Os resultados obtidos nesta pergunta quanto ao grupo temático ‘Áreas clínicas’ (seis) são coerentes com a importância atribuída na primeira questão do inquérito, onde encontramos uma percentagem alta (58 respostas). Isto parece significar que apesar de ajuizarem, maioritariamente, a formação no grupo temático ‘Áreas clínicas’ como a mais importante para a prática clínica, ela é considerada como devendo ser ainda mais realçada na formação académica: ‘realização de exame clínico’; ‘modelos probabilísticos para diagnóstico’, ‘tratamento e prognóstico’, ‘área de abordagem do trauma’.

No que respeita ao no grupo temático ‘Especialidades’, os nossos inquiridos aludiram a 21 (não devendo o leitor esquecer que se criou um grupo temático à parte para saúde pública). A sua análise permite identificar um grupo distinto, ligado a um dos maiores desafios da prática clínica actual e do futuro: as doenças crónicas, *latu sensu* (Moore, 1955; Zelen, 1971) (‘cuidados paliativos’; ‘doenças crónicas’; ‘cuidados continuados’; ‘oncologia’). Outras referem-se a especialidades clássicas, que provavelmente os entrevistados não tiveram oportunidade de ter formação nas instituições de saúde incluídas na sua formação académica, tais como ‘saúde ocupacional’, ‘radioterapia’, ‘pedopsiquiatria’, ‘nefrologia’ e até ‘infeciologia’. No que respeita à ‘Saúde pública’, foram assinalados ‘Medicina comunitária’ e ‘saúde comunitária’, além de ‘epidemiologia’, ‘estatística e bioestatística’, ‘necessidade de maior aptidão em bioestatística’. Como referiu um dos inquiridos, ‘apenas tive acesso à estatística no meu primeiro ano da faculdade sem perceber na altura a importância dela’. Relevante é o número (20) de ‘Outras áreas’, avaliadas como necessárias à formação destes médicos. Quando cruzamos as respostas obtidas com os anos de graduação destes médicos, podemos verificar (e alguns deles explicitam-no) que as áreas/valências/disciplinas/uc’s mencionadas, foram omissas na sua formação.

Assim, por exemplo, pessoas formadas na década de 60 do século passado tiveram pouca formação em genética e nenhuma em informática; a própria epidemiologia da época lidava com a selecção e o tratamento de dados de forma muito diferente da actual. Além disso, surgem sugestões de formação ligadas à estrutura contemporânea dos serviços de saúde, tais como ‘gestão do tempo’, ‘gestão de serviços de saúde’, ‘limitações burocráticas’ e ‘limitar gastos’.

Ainda dentro deste grupo temático, aparecem pedidos de formação ao nível da investigação científica, como ‘EBM’, e ‘como escrever e interpretar um artigo científico’. Mencionam-se ainda cuidados técnicos específicos, alguns dos quais intrinsecamente ligados à prática clínica: ‘suporte básico/avançado de vida’, ‘procedimentos técnicos de enfermagem’ e ‘análise de resultados de ensaios clínicos’.

No grupo temático ‘Ciências básicas’ surgiram apenas três referências, entre elas: ‘farmacologia’, que se prende directamente com a medicação, ou seja, com a prática clínica.

DISCUSSÃO

Analisando o conteúdo das respostas ao inquérito, várias conclusões se podem tirar, embora, em virtude do número da amostra, elas apenas podem servir de indicadores sobre o objecto deste estudo, podendo antes ser utilizadas para pesquisas mais aprofundadas e dirigidas a amostras mais amplas de inquiridos (e até especificados, por áreas formativas, por exemplo). Seria também interessante, com uma amostra maior, proceder a um estudo longitudinal que proporcionasse uma abordagem histórica aprofundada da formação académica de médicos em Portugal, estudos que rareiam em Portugal.

A conclusão talvez mais evidente reporta-se à dimensão pedagógica (Delors, 1997). Independentemente das áreas que avaliaram negativamente, as justificações para esse juízo são usualmente de carácter pedagógico. Assim, referem-se, antes de mais, à desadequação entre o ensino ministrado considerado ‘muito teórico’, ‘sem aplicação na prática clínica’ e ‘aulas práticas curtas’. A relação (ou falta dela) entre formadores e alunos é uma

constante, nomeadamente quanto aos professores da academia, os tutores, os orientadores das especialidades; por vezes, menciona-se não tanto o distanciamento relacional (que inibia a colocação de dúvidas, logo, a aprendizagem), mas antes a indisponibilidade (por excesso de trabalho) dos tutores e dos orientadores. É também referido o ‘contacto com médicos/tutores pouco motivados para o ensino’.

Deste modo se compreende que a mesma área seja considerada por alguns respondentes como tendo sido fundamental na sua prática clínica, e por outros como tendo sido inútil pelo esforço de ‘memorização’ e ‘excesso de trabalho’ face às competências adquiridas para a prática clínica. A menção à qualidade de determinados professores (identificados pelo nome) de uma área numa determinada academia (e numa época determinada de formação) contrapõe-se à desvalorização da mesma área leccionada numa outra faculdade, e/ou numa outra época. Parece ser evidente, portanto, que a qualidade pedagógica dos docentes fez a diferença, e não tanto o conteúdo científico. A corroborar esta afirmação surgem também juízos de grupos de professores/tutores/orientadores de áreas específicas: ‘frieza pedagógica’, ‘feitos intratáveis e sabem pouca prática clínica’, ‘formação [...] muito dependente do caso clínico isolado, não havendo o acompanhamento dos doentes nas diferentes etapas do processo’.

Outras queixas pedagógicas são apontadas: uma área é identificada como não tendo sido leccionada numa faculdade (‘não houve aulas’), aulas mal preparadas, desorganizadas, matérias sobreponíveis em áreas diferentes, descontextualizadas da Medicina e sobretudo da prática clínica, ‘indefinição do regime de avaliação’, ‘estudo de artigos científicos com pouca actualidade prática’, ‘muito desinteressante’, a não abordagem de ‘as verdadeiras e importantes questões’.

Refere-se frequentemente que uma área não foi útil para a prática clínica por ter sido leccionada em altura desapropriada do currículo: ‘porque a disciplina foi leccionada no primeiro ano da faculdade’, ‘o psico-social chega muito mais tarde e, assim, todas as matérias que dizem respeito a estas áreas eram menosprezadas’. Mas nas dificuldades pedagógicas, alguns reparos são também feitos no que respeita à falta de recursos físicos (‘escassez de material, peças anatómicas, em particular cérebros para disseca-

ção’), bem como à gestão dos cursos: ‘elevado número de alunos prejudica o treino real das técnicas junto de doentes-reais’.

Verifica-se também uma desarticulação das disciplinas/uc’s da mesma área/valência, o que levou os inquiridos a referirem-se várias vezes a disciplinas/uc’s específicas, e não propriamente às áreas/valências.

A incidência das críticas negativas é maior (mas não exclusiva) no que respeita aos primeiros anos de formação, salientando-se um dado positivo nos outros anos de formação que ajuda a balançar pela positiva este juízo globalmente negativo: a aprendizagem entre pares – ‘aprendi com os outros internos’.

Vários são os aspectos considerados positivos pelos médicos em questão. Alguns consideram que, na globalidade, a sua formação académica foi boa: ‘todas as valências do currículo académico contribuíram para a forma como encaro e interpreto a Medicina’.

Outros salientam as competências específicas de algumas áreas/valências: ‘[ciência básica] pelo sentido de responsabilidade, de exigência. [Humanidades] pela entre-ajuda, pelo humanismo. [Saúde Pública] pelo contacto com a comunidade’; ‘contacto com as situações limite e a necessidade de decisões rápidas foram fundamentais na minha formação’; ‘aprendi a semiologia e o início do desenvolvimento do raciocínio clínico’.

Ao nível didáctico e pedagógico, salienta-se a aprendizagem em ‘PBL’, ‘trabalho com grupos pequenos, estudo auto-dirigido’, mas também a qualidade de alguns docentes: ‘alguns, poucos, professores, que eram capazes de dar aulas sem slides e de falar do que não está nos livros nem nas sebatas’; ‘o professor que leu um poema na aula’; ‘tive a sorte de ter alguns docentes verdadeiramente notáveis como clínicos argutos e cuidadores atentos. Tudo o resto foi adquirir conhecimentos por vezes úteis e algumas vezes inúteis’; ‘organização das aulas com programas informáticos de simulação de casos clínicos, estudo e discussão integrada com tutor, aprendizagem por mapas conceptuais, integração dos conhecimentos teóricos’; ‘aulas teóricas bem organizadas e cativantes, temas leccionados abrangentes e actualizados’.

Algumas das áreas são explicitamente identificadas como de formação de alto nível no que respeita à prática clínica, nomeadamente, as ‘Áreas

clínicas’: ‘as valências clínicas dos últimos anos da faculdade foram preciosas pois contei com professores brilhantes quer em conhecimentos quer na capacidade de os transmitir’.

Uma palavra de destaque tem que ser dada à Medicina interna, pois é a área com mais referências ao exercício da prática clínica: ‘o contacto com o doente de forma holística; a aplicação prática dos conhecimentos teóricos’; ‘implicava a relação médico-doente, quer através da observação dos mestres, quer através das relações que os alunos estabeleciam directamente com os doentes, aprendi a essência da arte médica, aquilo que os livros, nenhum livro, pode ensinar, a saber: a parceria breve que se estabelece entre dois iguais [...], as técnicas de comunicação, o exercício da empatia, a complexidade dos processos de decisão e a leitura hermenêutica dos sinais e sintomas’.

Como referimos anteriormente, algumas das áreas/valências/disciplinas/uc’s incluídas no grupo temático ‘Humanidades em Medicina’ foram consideradas, por muitos dos inquiridos, como tendo pouca importância na sua actual prática clínica.

No entanto, aquando do momento de identificar matérias sobre as quais consideravam necessário ter tido formação académica para o desempenho da sua prática clínica, muitos dos respondentes mencionaram áreas/valências/disciplinas/uc’s incluídas naquele grupo temático (Pinto-Machado; Oliveira, 2008).

Figura 4

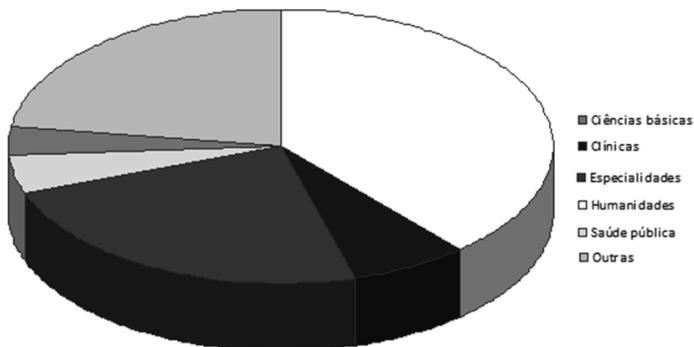


FIGURA 4: Gráfico nº 4 – Áreas académicas não contempladas

Esta aparente contradição tem, quanto a nós, duas explicações, pelo menos, e sobre as quais nos vamos debruçar brevemente. A primeira refere-se à percepção de qualidade e pertinência das matérias humanísticas para a sua prática clínica. Assim, e com excepções – tal como mencionado acima – muitos destes médicos consideram que a sua formação de humanidades foi desadequada à sua prática clínica ‘[...] com aulas teóricas incapazes de transmitir a real importância do conhecimento médico ao longo do tempo’; ‘[...] má preparação/apresentação das aulas’; ‘[...] por não ter grande aplicação prática’.

Custa a acreditar que não tenham razão, quando verificamos aquilo que enunciam que lhes faz falta na prática clínica, declarando a premência de formação em matérias classicamente vinculadas às ‘Humanidades em Medicina’. Tal é visível quer em apreciações globais, quer em enunciados que remetem para temáticas específicas. Referindo apenas alguns exemplos - quanto ao primeiro caso: ‘Maior formação no âmbito das chamadas ciências sociais e humanas. O número de horas dedicadas durante os seis primeiros anos [...] é manifestamente insuficiente’.

No que respeita às matérias específicas, podemos dividi-las em dois grupos, sendo o primeiro o da formação em lidar com o sofrimento humano dos doentes e famílias, incluindo a dimensão comunicacional: ‘acompanhar os outros no sofrimento e na agressividade’; ‘na formação pré-graduada existe escassa ou nenhuma referência a determinadas áreas como a dor (sobretudo a dor crónica), cuidados paliativos ou anestesiologia’; o relacionamento humano (afectivo mesmo) com doentes e familiares no que diz respeito a todas as situações, desde as mais banais até às complexas’; ‘a mais importante falha foi a de não se ensinar nada sobre a comunicação entre pessoas quando a prática médica é um relacionamento ente a pessoa do médico e a do doente’; ‘não foi abordada a forma de lidar com a morte, sobretudo com acompanhamento e o apoio do doente em fase terminal’ Emmert-Streib (2013).

Um segundo grupo remete para questões sociais, propriamente ditas, para o mundo do qual os doentes fazem parte, numa consciencialização clara, por parte destes médicos, que o exercício da Medicina não se pode isolar do que se passa fora das instituições de saúde (ou de doença, mais propria-

mente): ‘não aprendemos a lidar com familiares de doentes (perfis psicológicos, tipo de comportamento a ter)’; ‘multiculturalismo’; ‘[...] a vertente assistencial que é uma componente fundamental do nosso trabalho’.

Além de apontarem as falhas formativas que mais graves se lhes afiguram, muitos dos inquiridos avançam com sugestões de vários tipos, não direccionadas a áreas/valências isoladas. Sublinhamos algumas. Ao nível das ‘Ciências básicas’, uma maior articulação entre elas, e entre elas, as especialidades e a prática clínica: ‘acabamos o curso sem saber nenhum nome de medicamentos e iniciamos o Internato e os serviços de urgência sem saber nenhum nome’. Alguns sugerem que ajudem, na formação a ‘evitar publicidade enganosa e práticas duvidosas/fraudulentas’, e outros aconselham um forte investimento em actividades extra-curriculares: ‘as actividades extra-curriculares foram fundamentais: culturais e políticas’; ‘[...] o movimento católico de estudantes onde discutia a situação do país e da universidade; a associação de estudantes de cuja direcção fiz parte’.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo remetem para a existência de um documento com mais de 15 anos, dedicado à educação médica, e da responsabilidade da OMS (WHO, 1995).

Nele se divulgou o médico ‘5 estrelas’; denominação atribuída a Boelen, prevendo que os médicos desempenhem funções, primordialmente, como: *care provider*; *decision-maker*; *communicator*; *community leader*; *manager*. (WHO, 1995). Ao analisarmos os resultados que aqui apresentámos, concluímos que, na percepção dos inquiridos, a academia portuguesa tem que se modificar rapidamente para cumprir pelo menos quatro das cinco estrelas apontadas pela equipa de Boelen. Aquela na qual aparentemente nos estamos a sair melhor respeita a ‘prestação de cuidados’. Mesmo quanto a esta função, no entanto, encontramos limitações se tivermos em conta os dados de falta de formação ao nível das humanidades e até de especialidades, *eg*, no que se refere às doenças crónicas. O impacto destas deficiências formativas ao nível do cuidado dos doentes, da gestão do sofrimento e desgaste dos médicos, do seu não envolvimento em

decisões, e gestão, de instituições, de serviços, no isolamento destes face à realidade cultural (e à idiosincrasia pessoal) dos doentes, são enormes (Dejours; Abdoucheli, 1994).

No documento mencionado (WHO, 1995, e em outros), encontram as universidades sugestões de mudança da situação formativa actual: as experiências das universidades de Aveiro e Algarve (com formação centrada na prática clínica, e diminuição muito significativa na formação ao nível das ciências básicas), no futuro, serão muito importantes para podermos perceber como podemos avançar para modelos de formação menos clássicos, mas nem por isso menos rigorosos (Anderson; Graham, 1980),

Se tivermos como ponto de referência o documento sobre o profissionalismo médico (Blank, 2002), a situação parece um pouco melhor, dado ser um documento elaborado, de base, para profissionais de Medicina interna. Os compromissos aí apontados parecem ser bastante cobertos pela formação descrita pelos inquiridos, no que respeita a essa especialidade; trata-se, porém, de um documento que pretende abranger todos os médicos e, nesse sentido, deveriam as universidades portuguesas estar a ele mais atentas, na formação dos seus estudantes.

Salientamos a necessidade de estudos mais aprofundados sobre esta temática, o que permitiria colher um número bastante significativo de inquiridos (Lakatos; Marconi, 1995).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson J, Graham A. (1980). A problem in medical education: is there an information overload?. *Medical education*. 14: 4-7.
- Bardin L. (2000). *Análise de conteúdo*. Lisboa : Edições 70.
- Blank L. (2002). Medical professionalism in the new millenium: a physician charter. *Annals of internal medicine*. 136: 243-246.
- Braun, V. and Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 3 (2):. 77-101.
- Dejours, C., Abdoucheli, E. (1994). Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. *Psicodinâmica do trabalho: Contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho* São Paulo: Atlas.

- Delors, J. (1997). *Educação: Um tesouro a descobrir*. Porto: Edições Asa.
- Emmert-Streib (2013), F. Personalized medicine: Has it started yet? A reconstruction of the early history. *Syst Rev*. 2(1): 56.
- Flick, U. (2002), *An introduction to Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage
- Lakatos E, Marconi M. (1995) *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Atlas.
- Moore, J. (1955). The natural history of chronic illness. *J Chronic Dis*. 1: 335-337.
- Penrod J, Preston DB, Cain R, Starks MT. (2003). A Discussion of Chain Referral as a Method of Sampling Hard-to-Reach Populations. *J Transcult Nurs*. 4 (2): 100-7.
- Pinto-Machado, J.; Oliveira, C. C. (2008). Formação personalista de médicos. *Acção médica*, ANO LXXII, 1: .5-13.
- World Health Organization (WHO) (1995): Developing protocols for change in medical education. Geneva: WHO.
- Zelen, M. (1971). Data analysis methods for inferring the natural history of chronic diseases. *Natl Cancer Inst Monogr*.34: 275-82.

ALGUMAS QUESTÕES ÉTICAS LIGADAS À MEDICINA DE CATÁSTROFE ¹

Alexandre Laureano Santos

1. Ao longo da evolução da humanidade têm ocorrido cataclismos com extensas e graves repercussões nas sociedades humanas alguns dos quais com influência na evolução da história da civilização. A maior parte destes acontecimentos surgiram inesperadamente atingindo extensas áreas densamente povoadas e provocando terríveis devastações ambientais. O desenvolvimento científico e tecnológico da última centena de anos tem contribuído para reduzir algumas das consequências catastróficas destes acontecimentos através do conhecimento das suas origens, do movimento da sua aproximação, das condições do seu agravamento e da redução dos danos induzidos. As populações atingidas por estes cataclismos têm necessidade de mobilizar esforços extraordinários e de utilizar recursos suplementares para as enfrentar. Em consequência das destruições, os meios de intervenção de que podem dispor para minorar os danos entram em rotura e rapidamente se esgotam.

Na actualidade, as catástrofes exigem respostas da sociedade humana global que envolvem muitos tipos diferentes de apoio às comunidades atingidas. Estes apoios incluem actividades multidisciplinares que vão desde a disponibilização de cuidados médicos muito diferenciados, ao transporte de alimentos, ao resgate e ao realojamento imediato de comunidades inteiras em condições precárias de sobrevivência, à manutenção da ordem pública e à prevenção das consequências secundárias dos acontecimentos

¹ Versão escrita da comunicação oral no Congresso Conjunto da FEAMC e da AMCI. Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Nov, 2012.

iniciais. As respostas adequadas dependem de muitos factores de acordo com a natureza da ocorrência, com a extensão e a orografia do território envolvido, com as características das populações expostas aos riscos nomeadamente com a sua capacidade de reorganização interna. As actuações dos médicos e de todo o pessoal sanitário estão geralmente incluídas num conjunto vasto de operações as quais envolvem intervenções do pessoal de coordenação e de segurança, de equipas de resgate e de transporte das vítimas, de técnicos encarregados da montagem de instalações para protecção e conforto das vítimas. Todo este movimento necessariamente concorre para criar um ambiente característico durante as campanhas de intervenção.

As operações requerem uma autoridade central eficaz no sentido de coordenar todas as acções relacionadas com os objectivos a atingir e de evitar os danos secundários. O pessoal de resgate e o pessoal sanitário confrontam-se nas frentes com situações adversas excepcionais, por vezes extremas, às quais as normas de actuação utilizadas nas actividades diárias quase sempre se adaptam mal. No entanto, as normas éticas fundamentais devem estar sempre presentes, mesmo e sobretudo nas circunstâncias mais adversas, nomeadamente nos comportamentos dos socorristas, nas relações interpessoais dos membros das equipas, no tratamento dos doentes e no relacionamento com os familiares das vítimas. As atitudes individuais dos socorristas não podem ser influenciadas por outras motivações que não sejam as que se ligam às missões de que estão incumbidos (nomeadamente com exclusão de motivações de ordem política, jornalística, económica e outras). As actuações locais devem respeitar as normas pré-estabelecidas. A hostilidade do meio envolvente, a escassez do tempo de intervenção oportuna, a exiguidade dos meios, a exaustão e o número de vítimas envolvidas representam sempre enormes desafios (também de ordem moral) para os quais todos os intervenientes devem estar preparados.

Os poderosos meios de comunicação actuais permitem propagar as notícias das catástrofes em tempo real, o que pode contribuir para prevenir consequências secundárias, para contrariar a existência de notícias falsas e para uma protecção activa das comunidades ameaçadas. Por outro lado, ocorre frequentemente a difusão de notícias e de imagens que não reflectem a realidade objectiva dos acontecimentos, distorcem a verdade

dos factos, contribuem para alarmes injustificados e para um agravamento das situações. Os jornalistas, os membros das agências, os fotojornalistas, os técnicos da TV e os “*free-lancers*” têm de aceitar que o respeito pelas pessoas envolvidas nos acontecimentos, o resgate das vítimas e os cuidados com as famílias envolvidas devem preceder a missão de informar. As notícias para o exterior devem ter origem em factos concretos e confirmados. As imagens transmitidas devem respeitar a verdade dos factos, o seu enquadramento, os sentimentos das vítimas, das famílias e das comunidades atingidas (1).

As catástrofes de todas as proporções podem ocorrer em qualquer lugar, evidentemente com consequências diferentes conforme as circunstâncias concretas. No entanto, os danos humanos, materiais e ambientais têm necessariamente menor impacto nas comunidades com maior organização social e económica, nas quais estão quase sempre previstas medidas preventivas referidas às ameaças previsíveis. Geralmente, existem planos de contingência nas instituições com maior ocupação humana permanente. As consequências mais dramáticas incidem sobretudo nas populações mais pobres e menos bem preparadas para reagir e ultrapassar as circunstâncias adversas, acentuando dramaticamente as suas carências e as suas vulnerabilidades (2).

As vozes do Santo Padre e da Igreja têm-se feito ouvir no apoio pessoal e comunitário aos povos atingidos por esses graves acontecimentos em todo o mundo, contribuindo para a mobilização dos meios de intervenção e sensibilizando os cristãos para um apoio activo às comunidades atingidas.

2. O conceito de catástrofe a que nos referimos diz respeito aos aspectos sanitários. Trata-se da ocorrência de um acontecimento violento do qual resulta um número elevado de vítimas humanas necessitando de socorros imediatos, geralmente com danificação extensa do ambiente envolvente, implicando quase sempre deslocação de populações e/ou uma desagregação social grave (3). Por via de regra, existem múltiplos e complexos elementos associados ao acontecimento inicial, juntando-se ao grande número de vítimas graves e mortais uma deterioração rápida da situação com repercussões na subsistência das comunidades envolvidas. Existe sempre ur-

gência nas respostas adequadas aos acontecimentos porque o alongamento do tempo entre os acontecimentos iniciais e a chegada dos socorros faz aumentar exponencialmente o número e a gravidade das vítimas e, geralmente, a extensão dos danos materiais.

Neste texto não nos referimos especificamente às catástrofes que resultam dos conflitos armados, das guerras e do terrorismo, quer interno quer internacional. As guerras e o terrorismo levantam outro tipo de questões éticas, políticas e sociais que não serão abordados no contexto do tema que nos ocupa.

Sob o ponto de vista sanitário, as situações de catástrofe caracterizam-se por um acontecimento inesperado e imprevisível que conduz a um desequilíbrio entre a disponibilidade dos recursos existentes e localmente mobilizáveis e as necessidades dos sobreviventes atingidos cuja vida e integridade se encontram ameaçadas.

A medicina das catástrofes ocupa-se predominantemente de dois tipos de eventos: 1. Catástrofes naturais - cujo mecanismo inicial é um fenómeno exterior à acção humana; e 2. Catástrofes antropogénicas - provocadas pela intervenção humana na natureza. Qualquer que seja a causa inicial, têm sempre como consequência extensos danos humanos, materiais e ambientais que no seu conjunto mutuamente se potencializam no agravamento das condições locais de sobrevivência e concorrem para dificultar o socorro e o resgate das vítimas.

As catástrofes naturais estão sempre ligadas a fenómenos que ocorrem espontaneamente. Podem ter origem meteorológica, geológica, biológica ou astronómica. Existem descrições de catástrofes naturais desde a mais remota antiguidade histórica e sinais geológicos de outros cataclismos que ocorreram em períodos muito anteriores à hominização. A maior parte destas catástrofes naturais estão ligadas a fenómenos periódicos que ocorrem preferencialmente em certas zonas do globo terrestre como os tufões e os terremotos de origem tectónica ou vulcânica. Os seus efeitos destrutivos provocam no corpo humano danos traumáticos combinados com hemorragias, afogamentos, queimaduras, encarceramentos, insuficiência respiratória aguda, desidratação, epidemias e/ou desnutrição. Os danos que resultam de deslocamentos de terras, de súbitos movimentos maciços das

águas dos oceanos, de fenómenos que resultam na contaminação extensa da atmosfera podem fazer sentir-se em territórios muito afastados do seu ponto de origem e ter repercussões graves em vários continentes, podendo ter consequências directas e indirectas em todo o planeta, com vastas destruições das construções humanas tornando-as inabitáveis e inúteis (4).

Todos os anos tomamos conhecimento de múltiplas catástrofes praticamente nos instantes da sua ocorrência ou mesmo durante os seus sinais premonitórios, pelos poderosos meios de informação de que as sociedades contemporâneas podem dispor. Nas últimas duas décadas, houve 3.000.000 de vítimas mortais resultantes destes tipos de acontecimentos e mais de 1.000.000 famílias desalojadas em todo o mundo (3). No quadro I fazemos referência aos dez acontecimentos catastróficos naturais que maior número de mortos provocaram desde o início do Século XX. Mas em períodos anteriores houve outras catástrofes que é possível conhecer hoje com bastante exactidão, graças às descrições muito completas feitas por autores da época. É o caso do terramoto de Lisboa, em 1755, de que damos um breve relato.

Na manhã do dia 1 de Novembro de 1755, dia de Todos-os-Santos, ocorreu um gravíssimo terramoto que destruiu a cidade de Lisboa. O epicentro foi no mar, cerca 400 quilómetros a sudoeste de Lisboa na confluência atlântica das placas tectónicas africana e europeia. Os relatos da época afirmam que os abalos foram sentidos, consoante o local, durante períodos que variaram entre seis minutos a duas horas e meia, causando fissuras enormes no terreno de que ainda hoje há vestígios. A magnitude pode ter atingido o grau 9 na escala de Richter. Na escala de Mercalli estima-se entre os graus X-XI. Os maremotos originados pela movimentação tectónica varreram locais desde o norte de África até à Escandinávia e através do Atlântico atingiram locais tão longínquos como o Brasil e a costa norte-americana. Dos 275.000 habitantes de Lisboa nessa altura crê-se que 90.000 morreram nos primeiros dias, 1.000 dos quais vitimados directamente pelo tsunami. Outros 10.000 foram vitimados em Marrocos. Cerca de 85% das construções de Lisboa foram destruídas, incluindo palácios famosos, teatros, bibliotecas, conventos, igrejas, hospitais e todas as estruturas administrativas. Várias construções que sofreram poucos danos pelo terramoto

foram destruídas pelo fogo que se seguiu ao abalo sísmico, causado pelas lareiras das cozinhas, por velas e, mais tarde, pelos saqueadores que pilharam os destroços.

Quadro I - Os desastres naturais com maior número de mortos desde 1900²

<i>Ordenação</i>	<i>Mortalidade</i>	<i>Acontecimento</i>	<i>Localização</i>	<i>Data</i>
1	257.000 - 436.000	Inundações	China	Novembro 1931
2	247.419 - 779.000	Sismo	Tangshan, China	Julho 1976
3	300.000 - 500.000	Ciclone	Bhola, Bangladesh	Novembro 1970
4	230.000 - 310.000	Tsunami	Indonésia Oceano Índico	Dezembro 2004
5	234.117	Sismo	Haiyuan, China	Dezembro 1920
6	142.000	Sismo	Great Kanto, Japão	Setembro 1923
7	>138.000	Ciclone	Nargis, Burma	Mai 2008
8	138.000	Ciclone	Bangladesh	Abril 1991
9	123.000	Sismo e tsunami	Messina, Italia	Dezembro 1908
10	110.000	Sismo	Ashgabat Turkemenistão	Outubro 1948

² *National Oceanic and Atmospheric Administration.*
http://docs.lib.noaa.gov/noa_documents/NOAA_related_docs/death_toll_natural_disasters.pdf

Quadro II – Lista dos últimos acidentes nucleares civis conhecidos³

	<i>Gravidade</i>	<i>Acontecimento</i>	<i>Consequências</i>	<i>Data</i>
1	140.000 pessoas desalojadas	Three Mile Island Pensilvania, EUA	Radioactividade local 8 x superior aos níveis letais	Março 1979
2	1000 pessoas contaminadas	Erwin, Tennessee, EUA	Desconhecidas	Agosto 1979
3	278 pessoas contaminadas	Tsuruga, Fokui Japão	Contaminação	Janeiro 1981
4	> 25.000 mortes	Chernobyl Ucrânia	¼ da Europa contaminada	Abril 1986
5	Desconhecida	Tomsk, Siberia Russia	Explosão e nuvem radioactiva	Abril 1993
6	37 pessoas contaminadas	Tokai, Japão	Explosão e fogo	Março 1997
7	2 mortes, 320.000 desalojados	Tokai, Japão Erro humano	Reacção nuclear descontrolada	Setembro 1999
8	5 mortes	Mihama Japão	Libertação de vapor não contaminado	Agosto 2004
9	100 pessoas contaminadas	Tricastin França	Contaminação da água	Julho 2008
10	Radioactividade local	Fokushima, Japão Sismo	Explosão em 3 dos 6 reactores	Março 2011

Se excluirmos os danos intencionais que são efeitos das guerras, do terrorismo e de dolo, todas as catástrofes antropogénicas resultam de acidentes tecnológicos. Este tipo de catástrofes pode resultar de erros na operação humana por violação grosseira das regras de segurança ou serem consequência de circunstâncias fortuitas do mero acaso para as quais a intervenção humana directa escassamente contribui. Devem considerar-se

³ Ibid.

neste âmbito os desastres que ocorrem nas instalações fabris (incêndios, explosões, acidentes com contaminação extensa do ambiente por libertação de matérias tóxicas e radioactivas), em albufeiras de barragens, nos meios de transporte aéreo, marítimo e terrestre. Deve haver cuidados particulares nestes sistemas que são concebidos, criados e mantidos pelo homem e destinados ao bem-estar colectivo. Todos os sistemas complexos de engenharia que envolvem riscos previsíveis para comunidades humanas, desde a sua concepção teórica, durante o período de elaboração e no termo do seu ciclo operativo devem ser cuidadosamente avaliados nos domínios da segurança. Referimo-nos à preparação do pessoal que nele elabora, ao reconhecimento dos riscos e à prevenção dos erros humanos, à manipulação de matérias perigosas, à manutenção dos equipamentos, à vigilância da prontidão dos sinais de alarme e a todos os contornos tecnológicos que possam evitar os acidentes graves. Nas instalações devem existir equipas permanentes dedicadas à segurança dos sistemas. Os acidentes mais graves resultam, por via de regra, de uma série de falhas encadeadas num ciclo que converge para o desastre que poderá ser evitado se os sinais premonitórios forem correctamente interpretados. *As atitudes preventivas consequentes têm dimensões éticas evidentes* (5).

Merecem referência particular os perigos resultantes das catástrofes de origem nuclear, sobretudo após os eventos ocorridos na central nuclear de Chernobyl, na Ucrânia. No quadro II estão mencionados os acidentes nucleares civis mais conhecidos. Muitas correntes de opinião contemporâneas propõem a via nuclear como um caminho necessário e seguro para ser seguido dado que as fontes energéticas mais utilizadas actualmente têm riscos que podem deixar outros danos ambientais difíceis de reparar. Afirma-se que é possível elaborar respostas tecnológicas nos domínios nucleares mais seguras do que aquelas que são actualmente utilizadas. Este é um tema controverso de natureza política, económica e tecnológica que também tem contornos éticos evidentes dos quais não podem alhear-se as opiniões públicas das sociedades contemporâneas (6,7,8).

3. Muitas comunidades humanas estão particularmente sujeitas a certos factores de risco de catástrofes naturais. O conhecimento dos riscos

específicos a que cada comunidade está sujeita, bem assim a prevenção das consequências previsíveis desses acontecimentos deve fazer parte da cultura da comunidade. Deve manifestar-se nos programas de educação, na própria organização das cidades e na arquitectura das habitações, que devem estar sujeitas a regras aceites e cumpridas. Recorde-se que ocupação descontrolada dos leitos de cheias por construções tem provocado aluviões com consequências gravíssimas, como tem acontecido no Brasil, na Índia, na região de Lisboa em 1967 e na ilha da Madeira. Em sentido oposto, recorde-se que por ocasião do último grande terramoto que ocorreu em S. Francisco (Califórnia) estava um estádio repleto de espectadores de um grande acontecimento desportivo e, apesar da grande intensidade do sismo e do grau de destruição das construções, foi possível evacuar o recinto sem vítimas mortais, para o que contribuiu a concepção arquitectónica do estádio e da organização controlada da retirada dos espectadores ⁴.

Ao focarmos a obrigação das comunidades humanas de conhecerem e de colectivamente se protegerem das ameaças a que estão sujeitas referimo-nos necessariamente a uma intervenção de sentido ético. Na protecção das vidas humanas e dos bens perante as ameaças colectivas, cada comunidade deve encarar-se como um sujeito moral activo e participante e não como um conjunto de meros espectadores passivos. Esta participação dos membros de uma comunidade constitui uma componente importante do “*Plano Geral de Catástrofe da Área*” e pode contribuir poderosamente para a coesão social e para a redução das consequências de um desastre colectivo. Assim, no ordenamento do ambiente, na planeamento das cidades, nos programas escolares, nas instituições públicas que agregam muitas pessoas devem estar implícitos os riscos de catástrofes possíveis (4).

Pelas suas características próprias certas comunidades humanas estão mais expostas aos perigos de uma eventual catástrofe natural. Referimo-

⁴ Foi um terramoto que atingiu gravemente a área da Baía de S. Francisco no dia 17 de Outubro de 1989, às 17h04m. Foi avaliado em 7,1 na Escala de Richter. O terramoto matou 63 pessoas no Norte da Califórnia e deixou 12.000 pessoas sem abrigo. Ocorreu durante um jogo da Liga Internacional de Basebol com um estádio repleto de público. Foi o primeiro cataclismo ocorrido nos EUA que teve uma transmissão directa pela televisão. Apesar dos estragos ocorridos nas instalações não houve uma única vítima letal no estádio nem sequer durante a evacuação.

nos em especial a populações alojadas em zonas marginais das grandes metrópoles com acessos precários que tornam mais difíceis os socorros. São constituídas frequentemente por populações carenciadas, envelhecidas e isoladas, com escassa participação comunitária e com conflitos internos, coexistindo comunidades multiculturais resultantes da mobilidade e da globalização características do mundo contemporâneo. Predomina em muitas áreas a marginalidade e a toxicodependência com a presença de crianças, de deficientes e de doentes crónicos.

Independentemente da sua causa, as grandes catástrofes reúnem certas características comuns que constituem potenciais ameaças para os sobreviventes e para todo o pessoal que participa no socorro e no apoio às vítimas (3):

a) Trata-se de ocorrências súbitas e inesperadas que exigem uma intervenção externa imediata (no máximo dentro de um período de 48 horas), sem a qual as consequências humanas e ambientais têm tendência a um agravamento imediato e progressivo;

b) Existe um grande número de vítimas letais e múltiplas pessoas expostas aos mesmos riscos e a ameaças secundárias (carências de abrigo e de cuidados de saúde, má nutrição, pressões psicológicas, necessidade de migração forçada e exposição a violências físicas);

c) Há extensos danos materiais que se tornam agressivos para as vítimas e dificultam os acessos às zonas atingidas;

d) Há efeitos adversos pela poluição do ambiente, pelo risco de epidemias e pelos efeitos emocionais e de isolamento;

e) Existe um contexto de insegurança, de disrupção familiar e social abrindo o caminho a actos criminosos e a vandalismo que requerem medidas policiais e eventualmente militares para manter a ordem pública;

f) Os meios de comunicação e de ligação são escassos e difíceis;

g) Existe uma cobertura noticiosa pelos meios de informação que é frequentemente imperfeita e por vezes distorcida.

Na actualidade, reconhecem-se cinco fases principais na descrição de todas as catástrofes cuja duração é variável segundo o tipo de ocorrência (3):

- 1 – Fase prodrómica, que caracteriza uma população e o seu enquadramento ambiental na fase imediatamente anterior ao acidente;
- 2 – Fase do impacto, cujas características dependem do tipo e da intensidade da agressão;
- 3 – Fase do socorro imediato e da emergência (geralmente até ao 5º dia, cujas acções devem ser precedidas da elaboração de um plano de catástrofe, devem ser accionados os meios de socorro adicional e as ajudas exteriores);
- 4 – Período de reabilitação (de 5 dias a 3 meses);
- 5 – Período de reconstrução (depois dos 3 meses).

Existem regras bem estabelecidas para os planos de socorros às vítimas das grandes catástrofes:

- a) A preparação prévia dos membros das equipas de socorro de acordo com os eventos possíveis e previsíveis é uma condição decisiva para o bom êxito das operações, nomeadamente no que se refere às intervenções de suporte imediato de vida e de transporte das vítimas;
- b) A coordenação central, a ligação e a avaliação das operações devem estar permanentemente activas durante todas as fases da intervenção, sobretudo no que se refere às equipas de transporte, de apoio secundário e de apoio sanitário às vítimas resgatadas;
- c) As equipas deverão estar subordinadas a uma autoridade reconhecida, com ligação à comunidade local, eficaz e com apoios logísticos e de segurança;
- d) As actuações dos agentes devem ser pautadas pelos mais elevados padrões de conduta ética e humanitária, sem subordinação a quaisquer outros critérios;
- e) As equipas devem contar sempre com dificuldades inesperadas, nomeadamente de ligação e de escassez de recursos (2).

Nas primeiras horas pode ser possível prestar o socorro apenas a um reduzido número de vítimas, o que pode constituir um problema de ordem moral. Deve sublinhar-se que a dignidade da pessoa humana é igual em todas as fases da sua vida e que não é lícito reduzir o apoio a alguém apenas por critérios de idade ou de estatuto social. A prioridade deve ser dada

aos que correm risco imediato de vida com base nos princípios da eficácia dos meios que se podem utilizar. Nos casos em que muitas vítimas impo-nham simultaneamente socorro urgente então deve agir-se indistintamente respeitando na medida do possível a vontade de quem quiser antepor o salvamento de outros ao de si próprio. Não deverá interromper-se o suporte básico de vida a alguém que dele possa beneficiar para socorrer outros que estejam em perigo de vida. Neste caso deve, uma vez mais, agir-se indistintamente.

A coordenação na triagem sanitária deve ser feita pelos membros mais experientes das equipas de emergência médica dando a prioridade aos que correm perigo imediato de vida, depois aos que exigirão tratamento urgente e em seguida aos que poderão ter tratamento diferido.

Os corpos das vítimas mortais devem ocupar um espaço diferente das vítimas sobreviventes, sempre com o respeito que se deve aos sobreviventes e aos cadáveres (2).

4. Os *princípios da Doutrina Social da Igreja* que nas circunstâncias de prevenção e na ocorrência das catástrofes têm aplicação directa e quase intuitiva são os seguintes: *a) princípio da defesa e protecção da vida humana; b) princípio do bem comum; c) princípio da participação; d) princípio do destino universal dos bens da terra; e) princípios da solidariedade e da subsidiaridade* (9).

As atitudes das comunidades humanas perante as catástrofes envolvem o conceito do ***bem comum***. Em comunidade deve procurar-se o bem possível de todos através do contributo do bem de cada pessoa. O bem comum não resultará de uma privação de bens de alguns ou de todos atribuídos como um contributo parcial para o bem colectivo como se se tratasse de um imposto. Na verdade, o bem colectivo faz parte de um bem que também é um bem pessoal. Cada pessoa não pode ser tomada apenas como um componente da sociedade, mas deve ser um construtor, um participante e também um destinatário do bem comum. Assim, o conceito personalista do bem comum, que a nosso ver se aplica inteiramente na abordagem da ética dos socorros às vítimas das catástrofes, engloba e supera o bem particular sem o reduzir e sem que nele encontre oposição. Este conceito pode

aplicar-se também na cooperação entre os estados, cada vez mais interdependentes em numerosos domínios e, também, no socorro às vítimas das grandes catástrofes.

Todos os valores sociais aqui invocados se referem à ***protecção da vida***, à essencial ***dignidade da pessoa humana*** e ao dever do ***apoio aos mais pobres e mais desprotegidos***. A dignidade das pessoas não fica diminuída pela sua vulnerabilidade perante uma catástrofe e impõe, pelo contrário, a ***solidariedade*** fraterna das pessoas, das comunidades e das nações no sentido de minorar a dor e os sofrimentos das vítimas e no apoio à reparação dos danos materiais (10).

Mencionamos os princípios da bioética principialista clássica nas respostas médicas nas catástrofes (11). Referimo-nos aos critérios clássicos da bioética: ***da beneficência, da não maleficência, da autonomia e da justiça***, desenvolvidos por *Beauchamps and Childress*. Nas catástrofes deve dar-se um realce particular ao ***princípio da não maleficência***, particularmente aplicável nestas circunstâncias, sobretudo por pessoal pouco preparado para este tipo de intervenções. Em primeiro lugar não causar danos maiores, aplicando os critérios de integração nas acções colectivas das equipas de socorro e na prática da máxima segurança em todas as decisões e em todos os gestos. As condições precárias das circunstâncias impõem e justificam um cumprimento rigoroso das regras de segurança, a manutenção da ligação, a obediência a uma autoridade centralizada e eficaz, a integração nos trabalhos de equipa prosseguindo o objectivo da segurança de todos, com intervenções efectuadas segundo a arte médica correcta, transmitindo as informações com rigor e sobriedade, evitando a instrumentalização da crise, nomeadamente por critérios políticos e contribuindo para uma estabilização do clima emocional.

O ***princípio da beneficência*** é o motor de todas as acções morais; é a compaixão pelos seus semelhantes que conduz à presença física dos socorristas nos locais das catástrofes colocando em risco a sua própria segurança.

Os ***princípios da autonomia e da justiça*** referem-se aos contributos para a dignificação das pessoas nomeadamente pela criação das condições de sobrevivência e de limitações das suas carências, de promoção de um

mínimo de bem-estar e de estabilidade, de apoio psicológico nomeadamente às crianças e aos velhos, de promoção dos direitos humanos, de equidade e de não discriminação, de organização social, de protecção social e jurídica, de reintegração nas redes sociais e comunitárias, de promoção das capacidades e das iniciativas locais, de colaboração com autoridades que melhor conhecem as características culturais das populações atingidas.

5. Desde há muitos anos têm existido esforços internacionais para definir consensos éticos no comportamento dos agentes sanitários que intervmem em situações de medicina de urgência e catástrofes. Numa reunião internacional sobre Emergência Médica reunida em Lisboa em 1990 foi possível aprovar por unanimidade um conjunto de princípios que subordinam a Ética Médica nas catástrofes aos princípios da Declaração Universal dos Direitos do Homem (12).

A 46ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, reunida em Estocolmo em Setembro de 1994 aprovou uma declaração sobre Ética Médica em casos de catástrofe que foi revista na 57ª Assembleia Geral, na África do Sul, em Outubro de 2006. Nesta última reunião definiu-se o conceito de catástrofe para efeitos médicos, declarou-se a necessidade de uma preparação permanente de todo o pessoal sanitário para prestar apoio nas catástrofes, a necessidade de coordenação internacional dos esforços, os critérios de triagem das vítimas atingidas pela catástrofe, a caracterização dos direitos dos doentes, os deveres do pessoal sanitário e as responsabilidades de todos os intervenientes (13).

As organizações profissionais de outros membros participantes nas equipas de socorro nas situações de catástrofe (enfermeiros, psicólogos, técnicos paramédicos, membros das forças de segurança, jornalistas) aceitam códigos de conduta aprovados internacionalmente com critérios de conduta semelhantes (4,5).

Referências

- (1) Codes of Ethics for Journalists in Asia. Guidelines for Coverage of Disasters and Catastrophes. Eye on Ethics. Philipinne Journalism Review Reports. March, 2012.
- (2) Elio Screccia. Manual de Bioética. II – Aspectos Médico-Sociais. Bioética e Medicina das Catástrofes. Edições Loyola. São Paulo. Brasil. Págs 281-310.
- (3) Pereira-Henriques J M. Da Emergência à Catástrofe: A Resposta Médica. Scribe. Produções Culturais, Lda. Lisboa, 2009.
- (4) Correa, F J L. Después de un terremoto. Bioética en situaciones de catástrofe. Rev. Méd. Chile. Vol.140: n. 1, pág.108-12; 2012.
- (5) Alfonso-Galán M T, Hornos F, Piga A. La ética de la preparación de comunidades locales para afrontar situaciones de catástrofes. Revista de Bioética Latinoamericana. Venezuela. Vol. 5: 5; 2010.
- (6) Manni C, et al. La medicina dei disastri: passato, presente e futuro. Dolentium Hominum. Pág 33-46; 1/3: 1986.
- (7) De Fillipis V and Romagno D. Centrali nucleare ed inquinamento ambientale: responsabilità della presente e delle future generazione. Ospedale “Miuli”; págs. 7-16; 1987.
- (8) Manni C, Gunn W. “Il Centro Europeo per la Medicina delle Catastrofi”. Federazione Medica. Vol. XLVIIS; pgs. 347-348: 1989.
- (9) Conselho Pontifício Justiça e Paz. Compêndio da Doutrina Social da Igreja. Principia. Publicações Universitárias e Científicas, Lda. S. João do Estoril. 2005.
- (10) Concílio Vaticano II. Gaudium et Spes. n. 8. Publicações Universitárias e Científicas, Lda. S. João do Estoril. 2005.
- (11) Beauchamp T L, Childress J F. Principles of biomedical ethics. 5th ed. Oxford University Press. New York City, N Y. 2001.
- (12) Pereira-Henriques J M. Da Emergência à Catástrofe: A Resposta Médica. Scribe. Produções Culturais, Lda. Lisboa, 2009, pág. 170.
- (13) World Medical Association. Statement on Medical Ethics in the Event of Disasters. *Handbook of WMA Policies. Version 2010. The World Medical Association, Inc. S-1994-01-2006. Vancouver. March 2010.*
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/d7>

ASSOCIATIVISMO MÉDICO CATÓLICO

François Blin ¹
Walter Osswald ²

É pouco conhecida a história das Associações de médicos que, invocando a condição de crentes católicos, se reúnem para estudar à luz da fé as questões éticas e morais que o exercício da sua profissão acarreta e para encontrar as soluções práticas que assegurem o nível mais elevado do respeito pela dignidade e liberdade dos doentes, sempre entendidos como expressão apelativa do rosto do próprio Cristo. Por isso nos pareceu interessante lembrar aqui algumas grandes datas do movimento associativo dos médicos católicos.

1884: Em Abril de 1884, Leo XIII, na sua encíclica Humanum genus denuncia o materialismo e racionalismo extremados que minam a sociedade e incita os católicos a unirem-se no combate de ideias que se torna necessário. O Dr. Jules le Bèle, cirurgião em Le Mans (França) cria a Sociedade de S. Lucas, S. Cosme e S. Damião, aberta a médicos e estudantes de Medicina. Em 1888 a Sociedade regista 500 aderentes e em **1904** participa na Peregrinação Internacional de Médicos Católicos, a Roma, por ocasião do 50º aniversário da definição do dogma da Imaculada Conceição. Audiência papal e proposta da criação de uma associação médica católica internacional assinalam o evento. A associação internacional tem estatutos em fase de elaboração, mas não surge nenhuma concretização.

¹ Médico intensivista, Presidente da FEAMC (Federação Europeia das Associações Médicas Católicas)

² Ex. Presidente da FIAMC (Federação Internacional das Associações Médicas Católicas)

1912-1922 Criação de várias associações nacionais, mormente nos Estados Unidos, em Portugal (Associação dos Médicos Católicos Portugueses, Porto, 1915), na China e na Bélgica (Bruxelas, 1922).

1924 O Dr. Octave Pasteau, Presidente da Associação francesa, escreve a Pio XI, propondo-lhe a criação de um Secretariado internacional que coordene e faça pontes entre as associações nacionais já existentes. Perante a resposta afirmativa, o Dr. Pasteau organiza o Secretariado Internacional das Associações Nacionais de Médicos Católicos, estabelecendo contactos regulares com as 17 associações então existentes.

1934 Uma reunião internacional ocorre em Paris, nas comemorações dos 50 anos da Associação francesa.

1935 Em Bruxelas realiza-se o 1º Congresso Internacional, sob o título de “Papel dos médicos e das associações de médicos católicos na reconstrução cristã da sociedade”.

1936 O 2º Congresso Internacional ocorre em Viena. O tema não podia ser mais actual: “Eugenismo e esterilização”. Como se vê, tal como no anterior, os organizadores não hesitaram em escolher temas polémicos e incómodos para os regimes totalitários que nessa época dominavam a Europa.

1937-1939 Alguma indefinição do âmbito e tarefas do Secretariado Internacional, interpretado por algumas associações como órgão directivo e por outras (bem como pela Secretaria de Estado, do Cardinal Pacelli) como centro de documentação e de informação, vem dificultar o trabalho em curso. O 3º Congresso, previsto para Roma em 1940, não chega a ser preparado, dado o início da 2ª Guerra Mundial em Setembro de 1939.

1947 É em Lisboa que se realiza o 3º Congresso Internacional, presidido pelo Prof. João Porto, sob o título “Medicina individual e colectiva”. Pela primeira vez após a guerra, médicos católicos de 16 países se reúnem para discutir os problemas da medicina social e do estatuto do médico numa prestação de cuidados a cargo do estado. De entre as suas conclusões merece particular destaque a que, reconhecendo a evolução “da medicina individual ou liberal para uma medicina regulada pela lei positiva do estado” exige que sejam sempre respeitados os direitos fundamentais da pessoa humana, que seja rigorosamente preservado o segredo profissional, que a livre escolha do médico seja, sempre que possível, concretizada e que o

médico seja respeitado, no seu estatuto social e económico. A presidência do Secretariado Internacional passa a ser integrada na Pax Romana, sob a direcção do Prof. Luigi Gedda, investigador em genética humana de grande prestígio internacional

1949 4º Congresso internacional, sob a presidência do Prof. Luigi Gedda. Título: “Respeito pela pessoa humana em medicina”

1951 5º Congresso internacional, em Paris: “A formação da consciência moral na criança”. Inaugurado pelo Cardial Roncalli (futuro Papa João XXIII), presidido por Luigi Gedda, nele se anuncia o lançamento do Prémio João XXI, instituído pela Associação portuguesa (AMCP)

1952 Representação do Secretariado Internacional (afiliado à Pax Romana) na Conferência dos Presidentes das Organizações Internacionais Católicas (OIC). Sugere-se que cada país organize uma Comissão de Saúde (esboço da organização da Pastoral de Saúde).

1954 Dublin, Irlanda: neste Congresso internacional é atribuído pela primeira vez o prémio **Papa João XXI**, instituído pela Associação dos Médicos Católicos Portugueses

1958 – Bruxelas, 8º Congresso Internacional, “Cristianismo e saúde” – o número recorde de 3000 participantes, devido ao facto de se tratar de um congresso de todos os profissionais de saúde, com início marcado pela radio - mensagem de Pio XII.

1960 Munique, 9º Congresso internacional: “O médico no mundo tecnológico”.

1962 10º Congresso internacional, em Londres: “O médico católico numa sociedade em transformação”. 700 participantes, decisão de realizar congressos de 4 em 4 anos, adopção da sigla FIAMC e criação de um grupo de trabalho europeu, com a tarefa de realizar congressos europeus.

No mesmo ano agudiza-se a situação ambígua da co-existência da FIAMC, que organiza os congressos internacionais, e do Secretariado Internacional Médico, da Pax Romana, sendo ambas as instituições presididas pelo Prof. Gedda. Curiosamente, é proposto o “P.e Ribeiro” (que seria mais tarde o Cardial Patriarca de Lisboa) como capelão internacional (o que não se concretiza). De 1994 a 2006, todavia, Monsenhor Vítor Feytor Pinto exerce o cargo de assistente eclesiástico da FIAMC.

1964 1º Congresso Europeu, organizado pelo grupo de trabalho europeu, em Malta – “Apostolado na família e médico católico”.

Alguma indefinição da relação entre o novo grupo da região europeia e o supra-regional, que é a FIAMC (mas não tem estatutos aprovados) leva a uma cisão de um grupo de seis associações europeias, que se recusa a participar no próximo congresso internacional (Manila) e anuncia a sua saída da FIAMC.

1966 Mesmo assim, realiza-se o 11º Congresso internacional em Manila, com o escaldante tema “o médico católico e os problemas da população”, e constitui-se a FIAMC, sendo eleito presidente o Dr. Mariano Alimurong, das Filipinas (que alguns anos mais tarde seria assassinado em Nova Iorque por marginais que o atacaram quando se dirigia ao seu hotel).

1970 O grupo europeu retoma o diálogo com a FIAMC. Nesse mesmo ano realiza-se em Washington o 12º Congresso Internacional: “o médico católico e a conservação da vida”. São aprovados os estatutos e é eleito o Dr. O’Sullivan, da Grã Bretanha, como Presidente. O grupo europeu passa a designar-se FEAMC

1972-2012 Com toda a regularidade realizam-se os Congressos da FEAMC/ Nuremberg, Londres, Bruxelas, Lisboa – Fátima, Versalhes, Veneza, Praga, Roma – duas vezes, Bratislava, Gdansk) e da FIAMC (Barcelona – duas vezes, Bombaím, Roma – duas vezes, Buenos Aires, Bonn, Porto, Nova Iorque, Seoul, Lourdes). O próximo congresso da FIAMC será em Manila, onde começou o seu percurso, embora se tratasse já do 11º Congresso internacional.

Durante todos estes anos, a FIAMC e a sua região europeia (FEAMC) foram servidas por médicos dedicados, que em voluntariado puro arrosaram com dificuldades, indiferenças e obstáculos, fizeram sacrificio material e de tempo e contribuíram para uma obra notável, que não pode ser ignorada por quem queira estudar ou tratar da problemática da saúde e dos direitos humanos. Aí estão, como testemunhos, os volumes de actas dos congressos, as inúmeras publicações a que deram origem e as iniciativas que deles nasceram (conferências internacionais sobre temas como transplante de órgãos ou células estaminais, mas também acções concretas como assistência médica a refugiados, criação de maternidades em regiões desfavorecidas, luta contra a pobreza, educação para a saúde, etc).

A acção das federações de médicos católicos tem sido reconhecida e acarinhada pela hierarquia da Igreja, em diálogo frutuoso e permanente. Os Papas têm endereçado declarações e mensagens a todos os congressos e João Paulo II deslocou-se mesmo ao Congresso da FIAMC de 1982. A regionalização da actividade da FIAMC levou à criação de federações das regiões, existindo hoje 6 regiões que agrupam as mais de 80 associações nacionais de médicos católicos; na América latina e na Ásia as respectivas regiões, dada a sua pujança, estão organizadas em federações (FAMCLAM e AFCMA, respectivamente), juntando-se deste modo à mais antiga federação regional, a europeia (FEAMC). Estas federações organizam os seus congressos regionais de 4 em 4 anos, mas sempre dois anos após os congressos internacionais da FIAMC.

A FIAMC fundou também o Centro de Ética Biomédica de Bombaím, com produção de publicações várias e organizações de simpósios.

Finalmente, a FIAMC tem servido de placa giratória e estrutura intermediária para projectos e iniciativas de associações ou organizações que prestam serviços de saúde aos mais necessitados. Assim, o apoio concedido a orfanatos romenos, a mães timorenses e africanas, a vítimas de desastres naturais nas Filipinas e na Indonésia ou a favelados em vários países da América do Sul, exercido localmente por voluntários, tem, em muitos casos, organização, logística e financiamento parcial a cargo da FIAMC.

A Associação dos Médicos Católicos Portugueses, uma das mais antigas do mundo, esteve nas organizações internacionais desde pelo menos 1946. Em Portugal se realizaram dois congressos internacionais (Lisboa, 1947 e Porto, 1994) e um europeu (Lisboa – Fátima, 1984) e médicos portugueses participaram com conferências e comunicações em praticamente todos os congressos realizados. Responsáveis pela AMCP estiveram igualmente presentes nas equipas dirigentes das Federações europeia (FEAMC) e internacional (FIAMC). O Dr. Santana Carlos, devotado paladino desta revista e motor do Congresso internacional de Lisboa (1947) surge-nos já em 1952 como membro do Secretariado Internacional. Os Profs. Mário Cordeiro e, mais recentemente, Walter Osswald tiveram presença na FEAMC e na FIAMC, sendo que actualmente é o Prof. Laureano Santos quem integra a equipa dirigente da FEAMC. Já nos referimos ao facto de

Monsenhor Feytor Pinto ter sido assistente eclesiástico da FIAMC. Acresce que a nossa associação é a que há mais tempo mantém viva uma publicação periódica regular, a nossa «Acção Médica», e a única que instituiu e assegura um prémio internacional de ética e deontologia médicas, o Prémio Papa João XXI. Como não podia deixar de ser, sócios da AMCP têm apresentado comunicações e conferências a numerosos congressos europeus e internacionais, dando assim prova da sua capacidade de intervir no debate em que se empenham os médicos católicos, para bem dos doentes e permanente compromisso de uma medicina humanizada e iluminada pela fé.

ESTADO LAICO E SÍMBOLOS RELIGIOSOS^{1*}

– Considerações sobre o Estado Laico –

Paulo Vasconcelos Jacobina

O problema do confronto entre poder político e poder religioso é tão velho quanto a própria humanidade. Reportemo-nos, por exemplo, à luta bíblica entre Caim e Abel: este, descrito como o pastor que agradava a Deus, é morto por Caim, o agricultor territorialista e guerreiro, que resolve os problemas de um modo bem prático e secular: usa a força para eliminar o desafeto, e ainda responde de modo petulante a Deus quando este lhe pede contas do irmão morto: “não sei do meu irmão, serei eu o guardador dele?”

O conflito entre o xamã ou pajé e o cacique está bem documentado nos estudos antropológicos mais sérios: trata-se do eterno conflito entre a capacidade administrativa, representada pela habilidade em gerir a economia, a máquina pública e os assuntos de guerra e paz, de um lado, e a capacidade especial de profetizar, de intermediar os assuntos entre os homens e Deus de modo ostensivo, por outro. A prevalência de um dos dois também sempre foi registada, ao lado dos raros períodos – como aquele registado entre o êxodo e a Monarquia, na história bíblica – em que houve alguma harmonia entre estas dimensões, no que diz respeito aos titulares do poder que emana dessas atitudes.

A história do ocidente cristão tem sido marcada, de igual modo, por esta tensão. As perseguições religiosas do império romano (para o qual a religião era parte da estrutura de legitimação do poder político) são sucedidas pela resistência ao cesaropapismo que sempre foi a ambição dos grandes governantes desde Constantino, e atingiu um certo equilíbrio tendente

^{1*} Enviado por *ZENIT.org* em 13 de Novembro, 2013.

a favorecer o braço religioso durante a chamada Alta Idade Média, na qual as invasões bárbaras impediram qualquer tentativa consistente de centralização do poder político. Este, de certa forma, passou a depender da estrutura mais consistente da Igreja que sobrevivera à queda do império Romano.

A Baixa Idade Média traz a reorganização dos poderes políticos e o retorno da tensão de legitimidade: compare-se, por exemplo, a estrutura teocêntrica (embora nunca teocrática) do pensamento de Tomás de Aquino com a desconfiança que Marsílio de Pádua levanta sobre as divergências religiosas como potenciais ameaças à paz. Marsílio constrói, sobre tal desconfiança, toda uma teoria da ameaça à paz supostamente implícita nas atitudes religiosas, designando os detentores do poder político como árbitros da religião – os governantes, para Marsílio, seriam os “defensores da paz” sempre ameaçada pelos conflitos religiosos dos não confiáveis sacerdotes. Como se as guerras não fossem, desde sempre, assunto de príncipes, mesmo quando sob pretextos religiosos.

As cruzadas e as guerras religiosas do final da idade média e começo da idade moderna pareceram dar razão a Marsílio, e foram seguidos pelo Iluminismo e pela Reforma. Os grandes descobrimentos e a centralização dos impérios abriram caminho para as pretensões estatais totalitárias e o discurso da desconfiança quanto à religião sacerdotal e a tendência à sobrevalorização do príncipe em detrimento do sacerdote; não é de espantar que Lutero tenha buscado eliminar a ideia de um sacerdócio ordenado e institucional em favor de um sacerdócio comum a todos cujo exercício, quando envolvesse liderança (mesmo religiosa) deveria passar por algum grau de legitimação social e reconhecimento político, e Maquiavel, Locke, Hobbes, Espinosa, Feuerbach, Kant, Hegel, Marx e Sartre, somente para citar os mais conhecidos, nunca tenham exitado em avançar, com os seus sistemas filosóficos, no campo teológico e na hermenêutica bíblica, sempre para reforçar a deslegitimação do sacerdote sobre o príncipe. Esta tendência é tão hegemónica nas Academias contemporâneas que parece não haver memória de que há outras posições possíveis e eventualmente mais razoáveis.

Este fenómeno vem sendo marcado, em nossos dias, por uma busca frenética e muitas vezes até bem intencionada de eliminação de determi-

dados símbolos religiosos dos espaços públicos. Não de quaisquer símbolos religiosos, porque isto, além de impossível, nem sequer é demandado: imagine-se arrancar cada estátua de Têmis dos fóruns, ou cada estátua de Minerva, Semíramis ou Marianne, a deusa positivista, das praças, notas de dinheiro ou universidades públicas. Imagine-se eliminar cada “praça dos Orixás” existente num país, ou mesmo as pequenas imagens de budas gordinhos, elefantinhos e deusas indianas de muitos braços, adornados com incenso barato e pequenas moedas, ou mesmo só quadros de “Yin/Yang” existentes em muitos espaços públicos e repartições por aí. Nem se mencionam estas coisas como de alguma forma agressivas a uma pretensa neutralidade religiosa nos espaços políticos, porque se sabe que são deuses de fãncaria, metáforas hipostatizadas de ambições estritamente humanas, ou de poderes já domesticados e desinfluentes .

Esta luta contra símbolos religiosos é, portanto, selectiva: trata-se de um combate relacionado a uma pretensa resistência à teocratização dos espaços públicos, os símbolos das três grandes religiões: a estrela de David, o Crescente muçulmano e o crucifixo cristão; é claro que a palavra “Deus” também se insere entre estes símbolos controvertidos.

Ressalte-se que a estrela de David hoje está associada ao Estado de Israel – um povo reunido em torno de sua origem teonómica, embora governado de forma declaradamente laica – e o Crescente associa-se aos países muçulmanos, para os quais a teocracia não é facto controvertido, mas ideal religioso. Sua relação com o poder político é, destarte, explícita, e a significação de sua utilização em espaços públicos nunca se divorcia desta relação.

Quanto aos crucifixos, tanto os Tribunais Judiciais brasileiros quanto o Tribunal da União Europeia recentemente decidiram que é um objecto cultural, que representa uma identidade histórica e religiosa não violadora da neutralidade estatal. Trata-se, dizem os Tribunais, de abertura à expressão pública de uma característica constitutiva da população; não de uma potencial agressão à liberdade religiosa.

A palavra de Deus também tem sido objecto de longas discussões no Judiciário. Citem-se acções judiciais como a que visa retirá-la das notas do dinheiro, por um lado, e a que visava incluí-la no preâmbulo da Cons-

tituição do Acre (Brasil), por outro; esta última sob o fundamento de que deixar de reproduzir na Constituição local as disposições da Constituição Federal seria inconstitucional, e os Estados-Membros estariam obrigados a constar, no seu preâmbulo, a fórmula deísta. O Judiciário brasileiro julgou improcedentes as duas pretensões, considerando a questão do mero uso da palavra Deus como estritamente política e, portanto, não está sujeita ao controle judicial quanto não violadora da autonomia das esferas.

Embora Marx tenha chegado a vaticinar o próprio desaparecimento desta palavra – qualquer que seja o símbolo que a veicule num determinado momento – quando a humanidade ingressasse num pretenso momento redimido de comunismo pleno e ausente de Estado, a realidade que esta palavra traz, mesmo como simples questionamento pelo fundamento último da totalidade da existência a que se pode responder negativamente, é separável da própria condição humana. Uma humanidade que já não se colocasse esta palavra, mesmo para negar o que ela evoca, qualquer que seja a grafia ou expressão concreta com que ela se exprima num determinado momento histórico, já não seria mais humanidade, mas, como diz K. Rahner, uma mera comunidade sofisticada de animais gregários, ou de robôs de carne e osso, submissos a poderes que nem ousariam questionar.

Assim, o uso da palavra “Deus” e do crucifixo em instâncias oficiais, em nosso contexto cultural, não representa nenhuma instância de agressão à autonomia da esfera estatal perante a esfera religiosa e vice-versa.

Caso eliminasse completamente as menções públicas aos símbolos que falam de Deus, a humanidade não somente se teria esquecido de si mesma como, mais ainda, se teria esquecido mesmo de que houvesse algo para lembrar além de uma submissão incondicional ao príncipe, qualquer que fosse a origem da sua proclamada legitimidade.



TEMAS ACTUAIS

- **REVOLUÇÃO SEXUAL.**
- **A ONU CONTRA A IGREJA?**
- **A CRIANÇA, A FAMÍLIA E A ONU.**

A REVOLUÇÃO SEXUAL NO PROCESSO DE SECULARIZAÇÃO^{1*}

Lucetta Scaraffia
Joseph Farah

Uma das causas e, ao mesmo tempo, um dos efeitos mais clamorosos da secularização foi o fim da hegemonia da moral sexual católica na vida quotidiana, atingindo também os países de maioria católica. Referimo-nos àquele processo de modernização conhecido com o nome de *revolução sexual*, que mudou a moral sexual, as relações entre os sexos, as modalidades da concepção, porque criou uma rotura inédita entre a vida sexual e a procriação.

Mesmo tendo passado pelo menos meio século desde a altura em que se tornou praxis concreta, ainda ninguém procurou escrever a sua história ou, pelo menos, procurou iniciar um primeiro balanço desta mudança, uma das mais significativas da modernidade. A revolução sexual permanece ali, como uma espécie de ferida aberta, da qual se prefere não falar. Ou então enfrentam-se os problemas com ela relacionados sem qualquer aprofundamento, sobretudo histórico, como que dando por certo que tudo está bem assim, que a situação melhorou decididamente; ou então que nada há a fazer e que é inútil reconsiderá-la. A revolução sexual é uma das muitas mudanças da modernidade que sofremos passivamente, sem reflectir sobre as consequências que teria comportado para o futuro. Mas agora, que estamos a viver este futuro, podemos voltar a percorrer o seu processo para nos darmos conta do que e como aconteceu realmente.

^{1*} Texto preparado com base em «L'Osservatore Romano», 26 de Dezembro, 2013 (Lucetta Scaraffia) e em «Mídea sem Máscara», 8 Fev. 2014 (Joseph Farah). Título, subtítulos, notas, composição e revisão do texto, de J. Boléo-Tomé.

A ORIGEM

Não há dúvida de que a revolução sexual tomou aquele caminho secular que foi definido recentemente por Mauro Magatti como a “história da liberdade” como realização da secularidade e, dado que se refere ao corpo humano e à procriação, isto é, à essência do ser humano, acabou por ser a transformação central da modernidade e, por conseguinte também do processo de secularização.

As suas origens remontam no tempo aos finais do século XIX, ou talvez até antes, ao iluminismo e ao pensamento de Sade. Os primeiros que a propuseram como projecto social, que devia abranger toda a sociedade, foram os “eugenistas” que, na tentativa de seleccionar a procriação com base em categorias de saúde e de melhoramento físico-psíquico, viram na possibilidade de separar a sexualidade da procriação o modo para concretizar o seu projecto. Um *imprinting*, o eugenista, que voltará em todos os movimentos a favor do controle demográfico e do aborto.

Começando pela *elite* médico-estatística dos eugenistas, as propostas de liberalização da moral sexual foram apresentadas por grupos de intelectuais que aduziam razões científicas para fundamentar a sua proposta: a partir de Freud, a psicanálise criticou as várias formas de repressão do instinto sexual, indicando nestas regras coercivas a causa de distúrbios neuróticos individuais ou até colectivos, até chegarem, com Wilhelm Reich, a teorizar que a repressão sexual era a primeira causa da agressividade e, por conseguinte, também das guerras.

Os antropologistas, influenciados pelos peritos de uma nova disciplina, a sexologia, narraram que, nas sociedades primitivas não existia uma regra de comportamento sexual, todos eram livres e felizes, sem neuroses nem sentimentos de culpa. A Introdução, escrita pelo sexólogo inglês Havelock Ellis no livro de Malinowski sobre a vida sexual dos primitivos, é o exemplo mais conhecido desta colaboração, repetida depois por numerosos discípulos até ao italiano De Marchi.

Às teorias depressa se seguiu a análise da realidade: sobretudo nos Estados Unidos, os anos da segunda guerra mundial e os que lhe sucederam imediatamente, foram os anos dos grandes inquéritos sobre o com-

portamento sexual dos americanos. O primeiro e mais importante foi, sem dúvida, Alfred Kinsey (entomologista, filho de um duro e austero pastor metodista), que se propôs estudar o comportamento sexual com a mesma técnica que tinha caracterizado as suas pesquisas sobre os insectos.

AS “PESQUISAS” DE KINSEY E OS SEGUIDORES²

Os trabalhos de Kinsey, apresentados em dois volumes – «Comportamento sexual do Homem» (1948) e «Comportamento sexual da Mulher» (1953) – foram conhecidos como os “*relatórios Kinsey*” e tiveram um êxito enorme. Kinsey e as suas “pesquisas” e “conclusões” surpreendentes e arriscadas, apesar de causarem uma influência profunda nas mentalidades e nos comportamentos, foram relativamente bem aceites no mundo científico e psiquiátrico, o que lhe permitiu ter acesso fácil a universidades como conferencista e a volumosos apoios financeiros, como os da Fundação Rockefeller.

A realidade Kinsey, porém, é bem diferente, se analisarmos tudo o que, recentemente, tem vindo a descobrir-se sobre a sua vida e sobre as “investigações”, que podem ser classificadas já como tendo entrado no domínio do crime. Vejamos o que tem vindo a lume.

Em primeiro lugar a pessoa. Sabe-se que, na sua visão do uso sexual não existiam quaisquer regras ou limites. Casado, estabeleceu um acordo com sua mulher: qualquer um dos dois podia ter relações sexuais com quem quisessem e como quisessem – por isso o número e variedade de parceiros sexuais foi incontável, entre os quais adolescentes. Muitos destes contactos eram controlados por testemunhas “para estudo”, sendo alguns mesmo filmados³. Trata-se de factos que teriam uma importância menor se tivessem permanecido na esfera pessoal e privada, e não incluísem crianças.

Em segundo lugar as “investigações”. James Jones⁴, assim como o psiquiatra britânico Dalrymple, entre vários, consideram que Kinsey se deixou conduzir sempre pelo seu próprio comportamento sexual nas análises

² Brown, Mick (Novembro 2004). “*The bedroom and beyond*”. *Telegraph magazine*; do original de 2 Dezembro 2009. Recuperado em 2009-12-07.

³ Alguns filmes foram apreendidos em 1956 e Kinsey alvo de processo crime, por *promover a pornografia*. Faleceu antes da decisão judicial.

⁴ James H. Jones – *Alfred C. Kinsey: a Public/Private Life*; Norton New York, 1997.

ses efectuadas. Assim, quando escreveu sobre os orgasmos em pré-adolescentes relacionados com o volume do pénis, não teve pejo em referir que a base de estudo era constituída por trezentas crianças com idades entre os cinco meses e os catorze anos, e assim foi publicado (Quadros 30 a 34 do volume sobre comportamento masculino). E foi aqui que começaram as dúvidas e colocadas as questões, a medo na altura, e claramente mais de 40 a 60 anos depois, quando a pedofilia ganhou foros de assunto extremamente importante. Embora o Instituto Kinsey tenha assegurado que a pesquisa usada nessas obras tinha sido elaborada a partir de entrevistas com pedófilos a respeito das suas actividades passadas, uma nova acusação de uma vítima das experiências de Kinsey revela que ele esteve activamente envolvido na prática de crimes inconcebíveis contra crianças – crimes que ainda hoje são um trauma constante nos que ainda estão vivos.

Numa série de reportagens-denúncia que têm vindo a ser publicadas agora na WND (World Net Daily), uma das testemunhas é uma mulher que se encontra agora na faixa dos 70 anos e que vive na Califórnia. Conta ela como, quando tinha 7 anos, o celebrado pesquisador sexual Alfred Kinsey encorajou seu pai, mesmo pagando-lhe, a violar a filha repetidamente em busca de “dados” que pudessem ser usados para os seus best-sellers internacionais, “Sexual Behavior of the Human Male” (Comportamento Sexual no Macho Humano) e “Sexual Behavior in the Human Female” (Comportamento Sexual na Fêmea Humana).

A vítima referida por WND, cujos estupros em série foram tratados como “pesquisa” por Kinsey e sua equipa, descreve o mais famoso cientista sexual da história como “louco,” “malévolo” e “encarnação de Satanás.” Confirmando que seu pai e seu avô foram pagos por Kinsey e que Kinsey estava perfeitamente ciente do que estava a ser feito com ela, a vítima, hoje idosa, descreve como seu pai chegou a usar um cronómetro enquanto abusava sexualmente dela e também filmou algumas das sessões e mandou os vídeos caseiros para Kinsey. Afirma ainda ter presenciado Kinsey entregando um cheque a seu avô.

Quase 70 anos após ter sido estuprada repetidas vezes por seu próprio pai sob as ordens de Kinsey, a vítima decidiu desabafar, na esperança de levar o Congresso a investigar as famosas e agora reconhecidamente crimi-

nosas “pesquisas” de Kinsey, sem dúvida mais graves do que as que foram condenadas nos casos conhecidos de *experimentação humana*. Tratou-se de crianças, centenas de crianças, muitas delas bebês, condenadas a experiências sexuais comprovadamente realizadas.

Esses crimes já seriam bastante chocantes se tivessem ocorrido num vácuo social, em sociedades fechadas sem projecção ou influência para lá do seu pequeno espaço. Mas não. As “pesquisas” de Kinsey moldaram em grande parte as concepções e as atitudes dos EUA a respeito de sexo desde que a sua obra foi publicada, décadas atrás. Foram a fagulha que desencadeou a revolução da década de 1960, levando ao aborto a pedido, à agenda radical feminista, ao relaxamento das restrições contra a pornografia, às modernas leis de divórcio e às reivindicações homossexuais por parte do assim chamado movimento por “direitos *gays*”, que estão a redefinir radicalmente o casamento. Foram ainda estas supostas investigações que levaram a Sociedade Americana de Psiquiatria, nos anos 70 do século XX, a sentir-se na obrigação de retirar a homossexualidade da lista de doenças, passando-a para a dos “desvios”.

Esta “pesquisa” bárbara de há uma geração atrás levou directamente à violência sexual contra as novas gerações nas salas de aula das escolas públicas de muitos países, nas quais a inocência é estilhaçada com aulas sobre como se masturbar, ou como praticar sexo oral, a sodomia e o coito sem a mais leve preocupação com o impacto social, emocional e psicológico sobre as crianças.

Outros inquéritos se seguiram ao de Kinsey, sempre pretensamente “científicos”, ou seja, sempre evidenciando números que deviam confirmar a realidade incontestável da verdade que se propunham demonstrar. William Masters, sexólogo e ginecologista, e Virgínia Eshelman Johnson formaram uma equipe que, em Saint Louis, redigiu o primeiro estudo aprofundado sobre a fisiologia sexual humana, examinando, durante onze anos, mais de dez mil actos sexuais realizados por cerca de setecentos voluntários. A pesquisa está documentada no volume *O acto sexual no homem e na mulher* (1966) que suscitou debates em todo o mundo. Com efeito, muitos se interrogavam se as razões científicas justificam deveras uma intromissão tão desenvolta na esfera mais privada.

Depois chegou Vance Packard, sociólogo e jornalista americano de sucesso que, em 1968 publicou um amplo inquérito com o título um tanto aliciante – *O sexo selvagem*. Não se trata de um texto erótico mas sim de um exame minucioso de todos os numerosos inquéritos publicados sobre o comportamento sexual nos Estados Unidos, com algumas sondagens noutras países como a Inglaterra e a Suécia. Com efeito, Packard propõe-se esclarecer qual é o comportamento sexual dos jovens – resolver a questão em suspenso, ou seja, se as relações sexuais pré-matrimoniais entre coetâneos aumentaram realmente – e quais são os efeitos destas mudanças sobre a família e a sociedade, e também prefigurar o futuro e propor regras para novos códigos morais.

A REALIDADE E O LOGRO

Hoje ficamos surpreendidos como os autores daqueles inquéritos davam como certo que o fim dos jovens seria o matrimónio (ao ponto de definir as relações sexuais como pré-matrimoniais), sem considerarem pelo menos minimamente a possibilidade de se tratar de um caminho para uma verdadeira promiscuidade sexual. É de admirar que pessoas moderadas como Packard, muito longe de olhar com benevolência uma aberta promiscuidade sexual e muito menos uma crise da família tradicional, não se tivesse apercebido de que o processo de liberalização sexual já se encontrava fora de controlo. Pelo contrário, pensavam que se estavam a confirmar dois dos aspectos utópicos da revolução sexual: os muito aclamados *fim da prostituição* e melhoramento da sociedade graças ao nascimento de *filhos desejados*.

Estes inquéritos foram traduzidos em todas as línguas, incluindo a italiana, podendo considerar-se um fenómeno totalmente importado, tanto em Itália como noutras países. Em todo o caso temos que reconhecer que, em todos os casos, houve igualmente contribuições locais importantes para a difusão desta ideologia. Penso ser suficiente pensar no livro escândalo *Porcos com asas* (1976): surgido como uma espécie de inquérito que devia revelar o comportamento sexual real dos adolescentes numa escola romana, tornou-se uma espécie de manifesto de libertação para os jovens de

1968. Outro contributo foi dado pelo filme de Bertolucci *Último tango em Paris* (1972). Mesmo tratando-se de duas obras muito tristes, que no fundo não continham provas convincentes de que a revolução sexual levasse à felicidade, paradoxalmente o seu efeito foi o de despertar um grande desejo de liberdade de experimentação erótica. Hoje ficamos admirados, quando as relemos ou revemos, que ambas tenham sido uma espécie de acusação forte contra a família, símbolo de toda a repressão, causa de todos os males.

Mas, se foram estes os estímulos intelectuais à mudança, não se deve esquecer que a revolução sexual se tornou concretamente possível pela preparação da pílula contraceptiva em 1963, por Gregory Pincus, que trabalhava “sob mandato” e financiado por duas feministas americanas. Uma delas, Margaret Sanger, foi a fundadora da PPF (Planned Parenthood Federation), que daria origem à IPPF, a poderosa organização internacional; a outra, Katharine McCormick, foi uma das principais financiadoras da investigação.

A difusão dos anticoncepcionais, assim como a propaganda para despenalizar o aborto, apesar de constituir a condição decisiva para a realização da revolução sexual, foram na verdade concretizadas por uma propaganda de tipo diverso: não se falava de “amor livre” nem de “direito ao prazer”, mas de planificação familiar. Não se atacava a família como instituição repressiva, mas apresentava-se a prática anticoncepcional como uma salvação para o casal, pois teria evitado tensões devidas ao medo de gravidez indesejada. Não se punha em questão a actividade procreativa do casal, mas prometia-se a procriação de filhos desejados, crescidos com mais atenções, que se teriam tornado seres humanos melhores.

A difusão dos anticoncepcionais fundamentava-se também em discursos de alcance mais vasto: falava-se muito na bomba demográfica, que teria levado a humanidade à extinção. Aqui, a utopia não era a da felicidade e do fim das neuroses alcançadas com a liberalização do eros, mas a paz familiar e o nascimento de gerações de filhos melhores, o que queria dizer, a criação de um mundo sem violência e infelicidade.

O CAMINHO CERTO

É supérfluo dizer que a Igreja, que continuava a opor-se a estas utopias, revelando o seu carácter falso, era vista como a pior inimiga da felicidade. Percorrendo hoje as polémicas que se seguiram à promulgação da *Humanae Vitae* (1968), encontramos nas palavras dos críticos de Paulo VI, até dos católicos, as mesmas esperanças utópicas que tinham sido lançadas pelos profetas da revolução sexual e do controle de nascimentos. Relendo os escritos dos anos sessenta e setenta, tem-se a impressão de uma espécie de enlouquecimento geral, de fuga na utopia mascarada de inquérito científico. Hoje sabemos que quase todas aquelas apregoadas verdades científicas eram infundadas. Não era verdade que os povos primitivos viviam felizes na total liberdade sexual: tinham apenas regras diversas que os antropólogos não conseguiram compreender e que hoje, à distância de decénios, finalmente foram narradas. Não é verdade que todas as neuroses surgem da repressão sexual, ou que a agressividade é fruto de uma falta de satisfação sexual – hoje nem sequer o psicólogo menos dotado defenderia esta tese. A prostituição não só não terminou, mas ampliou-se muito, envolvendo menores numa medida que não deve ser descuidada.

Depois descobriu-se que Kinsey e Masters eram maníacos sexuais que se serviam dos seus inquéritos para se aproveitarem dos colaboradores; e que o tipo de padrão ao qual Kinsey recorreu não tinha qualquer valor representativo, tendo ele entrevistado apenas pessoas que se apresentaram espontaneamente. Mais grave ainda: Kinsey tinha praticado e pregado a pedofilia. Em síntese, a base científica sobre a qual se baseava a teoria da libertação sexual era infundada. Mas as falsas certezas tinham conseguido o seu efeito: era impossível voltar atrás. Deve ser frisado que todos estes profetas eram homens, deixando às mulheres unicamente a possibilidade de confirmar as suas teorias, em obras quase sempre autobiográficas.

Hoje vemos claramente que, aquela que deveria ter sido uma mudança que reforçava a família e melhorava a sociedade, teve efeitos opostos. Tornou-se num costume difundir uma promiscuidade sexual, não apenas juvenil, mas que minou as bases da família e prejudicou as mulheres, obrigadas a adaptarem-se a uma “liberalização” que não correspondia aos seus

desejos. Quanto aos filhos desejados, que hoje serão talvez a maioria dos nascidos, não se revelaram melhores do que os seus antecedentes; aliás, talvez sejam mesmo piores, considerando o aumento do “bullying”. A desagregação do núcleo familiar atingiu mais duramente as camadas de população mais pobres.

Apesar de tudo, devemos indicar que também houve efeitos positivos desta transformação. Apontamos as principais: hoje podem-se tratar os problemas relacionados com o sexo com maior serenidade; as mães solteiras já não são estigmatizadas como acontecia dantes; o reconhecimento do desejo feminino e do respeito devido ao corpo feminino levou à condenação de qualquer tipo de violência sobre as mulheres, até na família, violência que outrora era subestimada.

A pressão para a «planificação familiar» levou a Igreja a esclarecer melhor a sua posição: não a uma rejeição absoluta e preconceituosa, mas sim a uma aceitação dos métodos naturais, o que conduziu a um melhor conhecimento do período fértil, às descobertas do casal Billings e às que se lhe seguiram, tornando o uso dos métodos naturais, além de eficazes, acessíveis a todos.

Num esforço cultural conjunto, os católicos devem elaborar uma interpretação crítica, mas equilibrada, da transformação que se verificou, sem recusar a exigência profunda que ela expressa, ou seja, a de actuar rumo à liberdade do ser humano. Mas a esta liberdade deve ser dada uma saída fecunda, com sentido construtivo, e não rejeitada insensatamente como um perigo. Não é um trabalho fácil, mas toca aspectos importantes da relação entre a tradição cristã e a modernização, e por conseguinte da evangelização de um mundo secularizado. Sem dúvida que vale a pena.

A O.N.U. CONTRA A IGREJA?

Pedro Vaz Patto

Tem sido muito comentado o relatório do comité das Nações Unidas para os direitos das crianças que contem fortes críticas à Santa Sé a respeito da forma como a Igreja católica lidou com o problema dos abusos sexuais sobre crianças e adolescentes praticados por sacerdotes.

Quando me preparava para comentar esse relatório, por acaso (ou talvez não), tive ocasião de ouvir falar da acção de uma congregação religiosa católica dedicada ao ensino no Paraguai, num contexto de pobreza extrema para nós inimaginável. «*Quem critica a Igreja, deveria conhecer o que ela faz na América Latina*» - dizia-me a pessoa que tinha conhecimento directo dessa acção. E o mesmo poderíamos dizer do que faz em África e noutros locais. A Igreja católica chega a muitos ambientes onde não chegam os Estados ou as organizações internacionais. E a sua acção é, em grande medida, desempenhada por quem, literalmente, dá a vida gratuitamente pelos mais pobres, não por funcionários bem pagos (sem que isso anule o mérito do trabalho destes), como são os das Nações Unidas. Que instituição ou organismo fará tanto pelos direitos das crianças em todo o mundo?

Nada disto retira ou compensa a gravidade dos abusos sexuais sobre crianças praticados por sacerdotes (pelo contrário), ainda que em reduzido número; mas estes são factos que não devem ser esquecidos.

O relatório em questão é merecedor de duras críticas não tanto por salientar a gravidade desses crimes e a forma como em muitos lugares se lidou com eles no passado. É criticável por ignorar a mudança ocorrida nos últimos anos, e o que está a ser feito para evitar que tais factos se repitam, se colabore com as autoridades civis e se protejam as vítimas. As diretivas que têm sido dadas nesse sentido no âmbito da Igreja católica até poderiam

servir de modelo para outras organizações. Todos estes factos foram ignorados pelo relatório, apesar de a Santa Sé sobre eles ter informado a Comissão em pormenor. Houve quem dissesse que parecia que o relatório já estava elaborado antes de a Santa Sé ter apresentado a sua versão dos factos.

Além disso, o relatório revela um desconhecimento profundo do direito canónico (o direito da Igreja), da sua função e da sua especificidade em relação ao direito civil (o direito dos Estados), tal como da estrutura e organização da Igreja e da sua especificidade em relação aos Estados.

Mas o que nele é mais criticável é a sua pretensão de que a Igreja deve alterar a sua doutrina quanto a matérias como o aborto e a ética sexual. A que propósito? – perguntar-se-á. Parece que o problema dos abusos sexuais serviu apenas de pretexto para condenar a doutrina da Igreja nesse âmbito, ao serviço de uma agenda ideológica; o que contraria princípios fundamentais de liberdade religiosa. Como se as Nações Unidas fossem um super-Estado totalitário que dita às comunidades religiosas a fê que estas devem professar e as normas morais que devem orientar o comportamento dos seus fiéis.

De ano para ano cresce o número de Estados com relações diplomáticas com a Santa Sé, o que faz desta um dos sujeitos de direito internacional com maior número dessas relações. Nessa acção diplomática também se insere a participação nas Nações Unidas. Tentativas para pôr termo à participação da Santa Sé na O.N.U. têm sido recusadas pela esmagadora maioria dos Estados membros (muitos dos quais com relações diplomáticas com ela).

O papel das Nações Unidas na construção da paz tem sido enaltecido pelos sucessivos Papas. Num célebre discurso, João Paulo II falou a seu respeito em “família de nações”.

Apesar disso, no caso deste relatório como noutros casos, nota-se na acção de várias comissões da O.N.U. a forte influência de lóbis empenhados na concretização de uma agenda ideológica contra a vida e a família, temas em que enfrentam a Igreja católica como um dos mais firmes obstáculos.

Importa denunciar essa influência, porque, por um lado, não se sabe de onde vem a representatividade e legitimidade desses grupos, e porque, por outro lado, dessa forma se desvirtua o papel das Nações Unidas na construção da paz, para a qual nasceram. Um papel que deve congrega o número mais alargado possível de Estados e instituições. E para o qual a Igreja católica quer dar o seu importante contributo.

A CRIANÇA, A FAMÍLIA, E A ONU

J. P. Boléo-Tomé¹

A pedofilia na ONU: O relatório da ONU elaborado no âmbito da Comissão para os direitos das crianças, da autoria de Kirsten Sandberg, principal responsável da Comissão, gerou uma grande polémica, por três razões bem claras que vamos resumir²:

¹ Texto preparado com material enviado por *CitizenGO* (Relatório da ONU), *Friday Fax* (C-FAM - Fev. e Março 2014) e *Zenit.org* (Jan. 2014).

² Numa entrevista colectiva, a sua presidente, Kirsten Sandberg, afirmou o seguinte: “*A Santa Sé tem adoptado políticas e práticas que levaram à continuação do abuso e à impunidade dos responsáveis pelos crimes (...) Puseram conscientemente a preservação da reputação da Igreja e a protecção dos responsáveis acima dos interesses das crianças*”. Além disso, na mesma entrevista, a Comissão, pela voz da Sra Kirsten, pediu que a Igreja mude a sua doutrina sobre o aborto, a homossexualidade e os contraceptivos. Concretamente, a Comissão afirmou estar preocupada com o seguinte:

- *As declarações da Santa Sé sobre a **homossexualidade** contribuem para a estigmatização das crianças e adolescentes educados por duplas do mesmo sexo.*
- *Insta a Igreja a usar sua autoridade moral para condenar a discriminação ou a violência contra as crianças com base na orientação sexual delas ou de seus pais.*
- *Mostra a sua preocupação porque a Igreja continua dando ênfase em promover a **complementaridade entre homem e mulher** e na igualdade em dignidade “que não é o mesmo que igualdade perante a lei”.*
- *Pede a retirada dos livros-texto das escolas católicas nas quais se educa com **esterótipos de género** que possam limitar as crianças na sua educação e desenvolvimento.*
- *Mostra a sua preocupação com os adolescentes que se encontram nos seminários da **Leção de Cristo** e de outras ordens religiosas por estarem aqueles isolados de sua família e do mundo.*
- *Pede que a Igreja reveja o cânon 1398 relativo ao **aborto**, para que sejam levadas em conta as circunstâncias.*
- *A Comissão mostra-se “seriamente preocupada” com as consequências negativas da oposição ao acesso a **métodos contraceptivos**.*

Primeira – as acusações à Igreja a propósito de pedofilia, completamente disparatadas e desfasadas no tempo. Todos conhecemos os escândalos de pedofilia envolvendo sacerdotes – uns infelizmente verdadeiros, outros imaginados (o assunto foi sempre uma “caixa” jornalística). Também sabemos que o Papa Bento XVI não se limitou a reconhecer a existência do problema, agiu, destituindo 400 sacerdotes, que foram colocados à disposição da justiça civil. O sucessor, o Papa Francisco, nomeou uma Comissão em Dezembro passado, com o mesmo objectivo. Vê-se que a Igreja tem tomado providências para resolver o problema. Porquê a crítica exclusivamente dirigida à Igreja Católica, num Relatório supostamente orientado para a defesa das crianças?

Segunda: Não nos consta que alguma vez, nos seus relatórios, comentários ou afirmações, a ONU ou a Senhora Kirsten se tenham preocupado seriamente com os casos de pedofilia da responsabilidade dos “capacetes azuis”, ou dos membros de diversas missões da ONU, em locais como o Haiti ou o Sudão. E que dizer dos casos que ocorreram em escolas UNESCO? Sabemos que a ONU apoia o Instituto Kinsey, “que pagava pedófilos para masturbar e estuprar crianças de 5 meses a 14 anos e, assim, obter dados para uma pesquisa sobre ‘orgasmo’ infantil”. No “Relatório” da Comissão para os Direitos das Crianças a Senhora Kirsten apenas se preocupou com a Igreja Católica; vários Altos Funcionários dessa e doutras Comissões, escaparam à sua análise. Também não soube, ou não quis saber que, em 18 de Novembro passado, mais de duzentos grupos independentes ou ligados à Igreja, que combatem o tráfico de seres humanos e a exploração sexual, especialmente de mulheres e crianças, vindos de todo o mundo, estiveram reunidos em Haia, na Holanda, coordenando esforços para que fossem consideradas ilegais as *organizações que promovem a pedofilia*, como a associação holandesa Martijn, que apoia activamente as relações sexuais entre adultos e crianças. É importante ter presente que, na América do Norte, uma organização pro-pedofilia, a NAMBLA (*North America Man&Boy Love Association*), realiza os seus desfiles integrada nas paradas “gay”. Estes grupos pedófilos encontram apoios fáceis, e parece que não fazem parte das preocupações da Comissão para os Direitos das Crianças. Pederastia, violações, prostituição, genocídio, tráfico de drogas e a mais

espantosa corrupção mundial – tudo isto é “Nações Unidas”: a face escondida e silenciada, de uma organização nascida para a promoção da paz, da entreajuda e do entendimento entre os Povos.

Terceira e mais espantosa: a Sra Kirsten Sandberg não se limita a exigir que a Igreja expulse todos os “suspeitos” e os entregue à justiça; exige igualmente que a Igreja Católica altere a sua doutrina sobre o aborto, as uniões homossexuais e os contraceptivos! Sem comentários!!

Numa carta endereçada por milhares de cidadãos à Sra Sandberg dizia-se claramente: *«Deveria saber que Bento XVI foi contundente na sua censura a esses actos ao pedir que os responsáveis fossem colocados à disposição das autoridades civis. Deveria saber também que o Papa Francisco colocou em funcionamento o mecanismo para que isso seja de facto realizado com mais celeridade»*. E diziam mais, interrogando: *«O compromisso da Igreja contra a pedofilia é claro; e o da ONU? **Porque não mostram a mesma contundência perante os lamentáveis casos de abusos sexuais de capacetes azuis e de funcionários da ONU?»***

Não é a primeira vez que organismos internacionais, dependentes ou não da ONU, atacam sem escrúpulos a Igreja Católica, fazendo tábua rasa do seu trabalho excepcional e único junto de todos os que sofrem e pedem ajuda. É que a sua presença e a sua voz são profundamente incómodas para muitos senhores do poder, postos em causa com são, por abusos e comportamentos que ofendem a dignidade da pessoa humana. Nem será a última, pois no seu programa de acção há muito que foi inscrita a eliminação dessa voz digna e corajosa.

A “nova” visão da Família: Criança e Família são duas realidades que não é legítimo separar, de tal modo a criança se encontra profundamente dependente da existência de uma Família onde possa encontrar o ambiente afectivo necessário para construir o seu novo mundo. Assim foi entendido quando foi redigida a Declaração Universal dos Direitos Humanos, e assim foi aceite pelos Estados e repetida em documentos oficiais. Esta Declaração, no seu Artigo XVI, começa por reconhecer o direito de os homens e mulheres contraírem matrimónio, fundando uma família (nº 1), afirmando a seguir: *«A família é o núcleo natural e fundamental da sociedade e tem direito à protecção da sociedade e do Estado»* (nº 3).

É exactamente este conceito de *Família Natural*, que significa constituída por homem, mulher e filhos, que tem vindo a ser posto em causa. Depois dos êxitos conseguidos nas legislações de diferentes países, principalmente na Europa, a pressão exerce-se agora na ONU. Em reuniões à porta fechada, altos funcionários desta organização, juntamente com representantes de alguns países entre os quais têm tido acção de destaque os norte-americanos, pretendem excluir a noção de família natural baseada num compromisso homem-mulher em que a procriação e educação dos filhos ocupa um lugar de grande importância. Esta noção de família seria substituída por uma nova descrição que acolheria associações com «*formas e funções diversas*» exprimindo a «*diversidade das preferências individuais*».

A pressão de várias delegações e, principalmente, a pressão dos representantes norte-americanos, acabaram por levar as propostas a serem discutidas e votadas na Assembleia Geral, nas duas últimas sessões. A maior parte dos países membros da ONU votou contra, pois compreendeu facilmente o que as propostas escondiam: na realidade eram uma abertura para o reconhecimento das uniões homossexuais. Esta recusa da maioria para alterar a letra e o significado de família inscrito na Declaração Universal dos Direitos Humanos tem também sido acompanhada, em vários países, pela adopção de medidas de maior rigor relativas aos grupos de homossexuais. Assim, nota-se uma tendência de recuo na terminologia da ONU relacionada com questões LGBT e com *saúde sexual e reprodutiva*, notando-se uma acentuada perda de terreno por parte dos grupos abortistas, lésbicos e homossexuais. Este recuo na terminologia, talvez passageiro, pode-se dizer que se tornou aparente depois de alguns diplomatas da ONU, há cerca de um ano, terem pedido que se apagasse da Declaração Universal a referência ao «*direito inerente à vida, à liberdade e à segurança individual*» de todo o ser humano.

Afinal, que lugar ocupa a criança nesta confusão de linguagem e de conceitos? A família «natural» constituiu-se em função da criança. Sendo assim, é nesse microcosmos que se ensaiam e se aplicam os métodos de aprendizagem, de adaptação e de compreensão necessários para o crescimento infantil. É nesse local que se desenvolve o jogo de afectos, sempre

presentes mas sempre diferentes, de acordo com as fases evolutivas. É aí que a criança encontra sempre o seu ponto de apoio, que é também ponto de partida para a exploração do mundo. É nessa pequena sociedade que tem como base permanente o pai e a mãe, que a criança se vai encontrar, identificar, construir e, por fim, autonomizar-se.

A integração de todos os aspectos educativos, o respeito pelas fases evolutivas, a construção da personalidade, só se tornam possíveis, eficazmente, num ambiente de continuidade afectiva que persista, mesmo com todos os erros e desvios que caracterizam a humanidade dos seres que constituem a família. A criança precisa de tudo isso, precisa de se identificar com o pai ou com a mãe e precisa dos dois para o seu equilíbrio psicoafectivo.

Será que é esse o lugar a ocupar pela criança quando organismos internacionais ou nacionais elaboram programas ou ditam recomendações em que a família aparece transformada numa qualquer associação de interesses pessoais, sexuais ou políticos? Um suposto “casal” de homens ou de mulheres pode substituir a família natural perante a criança?

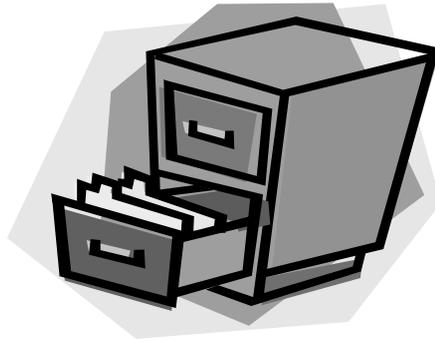
“Eu, homossexual, acredito que toda a criança tem direito a um pai e a uma mãe”. Jean-Pier Delaume-Myard, porta-voz da associação francesa *Homovox* é o autor deste grito. Os seus membros, apesar de homossexuais, defendem a família natural, recusam o “casamento” homossexual assim como a adopção de crianças por esses pares. Não se dizem orgulhosos por terem essa inclinação, e recusam o chamado “orgulho” *gay*. Diz Jean Pier: *“Eu luto, em consciência e com todas as minhas forças para que cada criança tenha mãe e pai”*, afirmando que uma criança não pode ser usada como moeda de troca, e tem o direito de saber a origem cultural, geográfica, social e religiosa dos seus pais. Jean-Pier não tem dúvidas: os governos que adoptam as exigências dos *lobies gays* não têm nenhum propósito honesto, para além de destruir a família. Por afirmar isso já recebeu ameaças de morte.

Toda a criança tem direito a um pai e a uma mãe é o grito de homossexuais honestos. Será ouvido pelos diplomatas da ONU ou pelos políticos omniscientes que ditam as regras desviantes de comportamento, para crianças ou adultos, pisando a família e a própria liberdade que proclamam?

O que estes grupos ou organizações nacionais ou supranacionais têm tentado criar é uma redefinição do ser humano, sem os pontos de referência que o valorizam, como a família, a religião, a identidade biológica mulher/homem, o culto do espírito, a prática de uma liberdade responsável. O trabalho que tem vindo a ser feito junto das crianças, apresentando como verdade, como norma, todos os desvios de relação, nada mais é do que a preparação da nova sociedade, “liberta” dos valores do espírito³. No fim de contas, pretendem conseguir aquilo que será uma sociedade desestruturada e desprovida de toda a forma de identidade, com uma sexualidade fluida, ambígua e polimórfica, e com a negação do dado objectivo que é a natureza humana. A destruição da família e o condicionamento da criança são o caminho para essa sociedade sem alma, manipulável, destruidora.

Este é o programa em curso em que muitos inconscientes úteis têm colaborado. Este é o programa que é necessário apagar, esclarecendo e lutando sem descanso. Salvemos a **Família** e a criança terá aí o seu lugar de qualidade.

³ Marletta (Gianluca), Perucchietti (Enrica) – *Unisex: La creazione dell’Uomo senza identità (Unisex: a criação do homem sem identidade)*. Editora Arianna, Roma, Janeiro 2014.



ARQUIVO

A propósito das eleições de 2014 para o Parlamento Europeu os Bispos da Comissão das Conferências Episcopais da Comunidade Europeia (COMECE) publicaram uma Declaração que vale a pena ler com cuidado. Transcrevemo-la a seguir.

As eleições para o Parlamento Europeu terão lugar de 22 a 25 de maio de 2014. O resultado configurará esta instituição da União Europeia para os próximos cinco anos e terá grandes implicações para aqueles que vão conduzir a União ao longo dos próximos anos.

É essencial que os cidadãos da UE participem do processo democrático por meio do seu voto no dia das eleições. Quanto mais forte a participação eleitoral, mais forte sairá o novo Parlamento.

A aproximação das eleições oferece ao conjunto da sociedade europeia a oportunidade de debater as questões socioeconómicas centrais que irão moldar a União nos próximos anos. Sentimos que é nosso dever, como Bispos da COMECE, oferecer orientação ao eleitor da UE na formação da sua consciência, e queremos fazê-lo destacando questões de relevo e avaliando-as sob o prisma da doutrina social da Igreja.

Ainda que falemos, em primeira lugar, aos cidadãos da UE que são católicos, esperamos que o nosso juízo possa ser igualmente escutado por todos os homens e mulheres de boa vontade empenhados no êxito do projeto europeu. Esperamos que a nossa voz seja ainda ouvida por aqueles que se candidatam nas presentes eleições para o Parlamento Europeu.

I - *Começamos por chamar a atenção para as seguintes Considerações Gerais:*

1. Votar é ao mesmo tempo direito e dever de cada cidadão da UE. Milhões de jovens cidadãos vão votar pela primeira vez: estudantes, no mercado de trabalho ou, muitos, infelizmente, desempregados. Instamos os nossos jovens a fazer ouvir a sua voz participando no debate político e, sobretudo, votando.

2. É importante que aqueles que aspiram a ser eleitos pela primeira vez ou que buscam a reeleição para o Parlamento Europeu estejam cientes dos danos colaterais da crise económica e bancária iniciada em 2008. O Papa Francisco chamou publicamente a atenção para a difícil situação dos pobres e vulneráveis, jovens e pessoas com deficiência, não esquecendo aqueles recentemente empurrados para a pobreza pela crise. O número dos “novos pobres” cresce a um ritmo alarmante.

3. A mensagem cristã é de esperança. É nossa convicção de que o projeto europeu inspira-se numa visão nobre da humanidade. Os cidadãos, comunidades e até mesmo os Estados-nação devem ser capazes de pôr de lado o interesse particular em busca do bem comum. Era de esperança a exortação *Ecclesia in Europa* do Papa João Paulo II, de 2003, e é com uma confiança firme num futuro melhor que a Igreja aborda o desafio europeu.

4. A temperança é uma das virtudes naturais no centro da espiritualidade cristã. Uma cultura de moderação deve inspirar a economia social de mercado e a política ambiental. Temos de aprender a viver com menos e procurar que as pessoas em situação de pobreza real participem de uma forma mais equitativa na distribuição dos bens.

II - *Existem Áreas Específicas de política da UE* para as quais chamamos igualmente a atenção dos nossos concidadãos:

1. É importante que o movimento em direção à unidade na UE não sacrifique o princípio da subsidiariedade, um pilar básico da família única de Estados-nação que constitui a UE, nem comprometa as tradições duradouras existentes nos Estados-Membros.

2. Outro pilar da União, e também um princípio fundamental da doutrina social da Igreja, é a solidariedade. Esta deve presidir à política, na UE, a todos os níveis, entre nações, regiões e grupos populacionais. Precisamos construir um mundo diferente, baseado na solidariedade.

3. É essencial lembrar que a sustentar todas as áreas da política socioeconómica encontra-se uma visão do homem enraizada no profundo respeito pela sua dignidade. A vida humana deve ser protegida desde o momento da conceção até à morte natural. A família, célula-base da sociedade, também deve gozar também da proteção de que necessita.

4. A Europa é um continente em movimento e a migração – interna e de fora – tem impacto na vida dos indivíduos e da sociedade. A UE tem uma fronteira externa comum. A responsabilidade da receção e integração dos imigrantes e requerentes de asilo precisa ser compartilhada proporcionalmente pelos Estados-Membros. É de vital importância que o tratamento de migrantes nos pontos de entrada seja humano, que os seus direitos humanos sejam escrupulosamente respeitados e que, posteriormente, todos os esforços sejam envidados, inclusivamente pelas Igrejas, para garantir uma boa integração nas sociedades de acolhimento no seio da UE.

5. Somos guardiães da criação e devemos aprofundar a nossa determinação de respeitar e atingir as metas de emissão de CO₂, promover o entendimento internacional sobre as alterações climáticas, comprometer-nos com uma abordagem mais ecológica e insistirmos em que a sustentabilidade é um elemento fundamental de qualquer política de crescimento ou desenvolvimento.

6. A liberdade religiosa é uma característica fundamental de uma sociedade tolerante e aberta. Esta liberdade inclui o direito de manifestar as suas crenças em público. Congratulamo-nos com as orientações da UE sobre a promoção e defesa da liberdade de religião e crença e esperamos que o novo Parlamento Europeu intensifique o seu trabalho nesta importante matéria.

7. Apoiamos todas as medidas para proteger o dia comum de descanso semanal, que é o domingo.

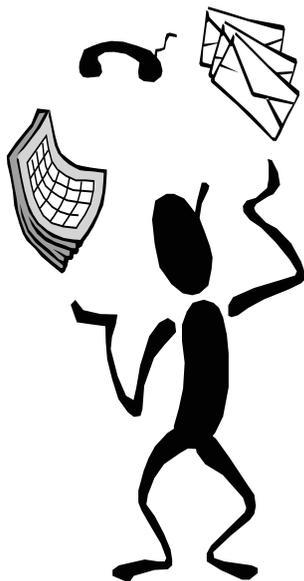
8. Ao longo dos próximos cinco anos as alterações demográficas terão um impacto profundo na vida da UE. Apelamos, em nome dos nossos cida-

dãos mais idosos, para o nível e qualidade dos cuidados a que têm direito, sem deixar de apelar igualmente para políticas que criem novas oportunidades para os jovens.

A União Europeia encontra-se num ponto decisivo. A crise económica, desencadeada pelo colapso do sistema bancário de 2008, veio tornar mais tensas as relações entre os Estados-Membros, constituiu um desafio ao princípio fundamental da solidariedade entre as partes da União e deixou na sua esteira a pobreza crescente de um grande número de cidadãos e a frustração das perspetivas de futuro de muitos dos nossos jovens. A situação é dramática, para muitos até mesmo trágica. Nós, Bispos Católicos, apelamos a que o projeto europeu não seja posto em risco ou abandonado na presente situação de dificuldades. É essencial que todos nós – políticos, candidatos, todos os interessados – contribuamos de forma construtiva para moldar o futuro da Europa.

Temos demasiado a perder se o projecto europeu descarrilar. É essencial que todos nós cidadãos europeus compareçamos às urnas de 22 a 25 de maio. Nós, Bispos, instamos a que se vote seguindo os ditames de uma consciência informada.

** Comissão das Conferências Episcopais da Comunidade Europeia*



NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS

LIBERDADE RELIGIOSA E CASAMENTO NOS E.U.A.

Nos EUA dizer “apoio o casamento tradicional” pode valer despedimento. É uma advogada norte-americana que o garante. Com a legalização do casamento homossexual em cada vez mais estados americanos, surgem vários focos de confronto entre a liberdade religiosa e a discriminação por orientação sexual. A advogada citada, que pede o anonimato, trabalha numa multinacional e confessou o seu receio de ser despedida.

Estamos no Michigan, Estados Unidos, a pátria da liberdade religiosa, mas onde muitos crentes começam a sentir que essa conquista está a morrer.

“Sei de casos de pessoas que foram despedidas de empresas privadas somente por dizerem coisas do género ‘Eu apoio o casamento tradicional’”, explicou a advogada à Rádio **Renascença**.

Em causa está a redefinição do conceito tradicional de casamento, como sendo entre homem e mulher, para a aceitação da noção de casamento entre pessoas do mesmo sexo. Com a legalização do casamento homossexual em cada vez mais estados americanos, surgiram vários focos de confronto entre a liberdade religiosa e discriminação por orientação sexual. São vários os exemplos:

“Há o caso de um casal que tinha uma pastelaria e que se recusou a fazer um bolo para um casamento homossexual. Foram processados, multados e acabaram por fechar a loja. Mais recentemente, tivemos um caso no Novo México de uma fotógrafa que se recusou a trabalhar numa cerimónia homossexual”, conta.

A advogada explica que a educação é outra área de preocupação: “Massachusetts foi o primeiro Estado a aprovar a redefinição de casamento. Nesse Estado estão a ensinar na escola que o estilo de vida homossexual

é natural e bom. Os pais não se podem queixar, nem são notificados. Há a preocupação de que esse género de imposições chegue a outros estados que também venham a aprovar o casamento homossexual”.

FERNANDO RIBEIRO E CASTRO

Portugal criou uma geração de pais que não arrisca ter descendência por medo, por insegurança, por opção ou por adiamento sistemático. Por isso o País está hoje mergulhado numa crise de natalidade sem precedentes e sem respostas óbvias ou fáceis que invertam a pirâmide. Por estas e por todas as razões ligadas à criação e educação das crianças, é dever de todos nós lembrar um homem excepcional que nos deixou neste mês de Março – Fernando Ribeiro e Castro, fundador da Associação Portuguesa das Famílias Numerosas.

Quando, em 1999, fundou a Associação, a sua preocupação era uma: que as famílias numerosas não fossem prejudicadas pelo facto de serem numerosas. Ele nunca reclamou privilégios mas apenas igualdade de tratamento. Foram anos a lutar por uma causa que, mais do que de direito ou ideológica, é apenas justa. Lutou para que todos aqueles que optem por ter mais de três filhos não sejam prejudicados por isso em sede de políticas públicas. Lutou para que todos tenham verdadeira liberdade de escolha no número de filhos que desejam ter e que não seja o Estado o principal condicionador do exercício dessa liberdade. Lutou para que uma família numerosa possa ser uma pretensão real, ao alcance de todos os que desejam e não apenas daqueles que podem. Esta questão, este desígnio que Ribeiro Castro queria que fosse nacional, está longe de ser ideológico ou religioso: é apenas um desígnio de exercício efectivo de liberdade. Ribeiro e Castro, um lutador profundamente crente, morreu deixando uma marca, uma causa justa a defender num País que precisa absolutamente de crianças¹.

¹ Texto baseado em parte de um testemunho de Inês Teotónio Pereira (ionline 2014.03.22 – POVO)

AMCP – NOVA DIRECÇÃO NACIONAL

Ficou assim constituída a nova Direcção Nacional da Associação dos Médicos Católicos, após a reunião do Conselho Nacional em Fátima, no sábado dia 8 do corrente mês de Março:

- 1 – PRESIDENTE: **Carlos Alberto Monterroio Martins da Rocha**, casado, ginecologista/obstetra no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar de S. João. Tlm.: 939321733.
- 2 – VICE-PRESIDENTE: **João Tiago de Sousa Pinto Guimarães**, casado, director do Serviço de Patologia Clínica do Centro Hospitalar de S. João. Tlm.: 919693773.
- 3 – SECRETÁRIA: **Alice Maria Viterbo Gonçalves de Seixas Martins**, casada, especialista em Medicina Geral e Familiar, Coordenadora da USF Covelo do ACES Grande Porto VI Oriental. Tlm.: 963322032.
- 4 – TESOUREIRA: **Ana Maria Rosas da Silva Rebelo Sarmento**, casada, clínica geral no SAMS-Porto. Tlm.: 913805508.
- 5 – VOGAL: **Maria Luisa de Almeida Viterbo**, casada, médica oncologista no Serviço de Oncohematologia do IPO-Porto. Tlm.: 966435059.
- 6 – VOGAL: **Patrícia Raquel Santinho Bernardino**, solteira, médica de família na USF Horizonte em Matosinhos. Tlm.: 917494061.
- 7 – VOGAL: **João Pedro Osório Sarmento Pimentel**, casado, nefrologista no Serviço de Nefrologia do H.G.S. António – Centro Hospitalar do Porto. Tlm.: 936466751.
- 8 – VOGAL: **Bruno Miguel Carvalho Pinto**, casado, cirurgião geral no Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro em Vila Real. Tlm.: 966434692.
- 9 – ASSISTENTE: **P. José Eduardo Tavares de Lima**, sacerdote jesuíta, colaborador no CREU-IL e responsável pelo Centro Catequético da Igreja de N. S. de Fátima no Porto. Tlm.: 938553352.

«Acção Médica» saúda com amizade a nova Direcção, e coloca-se à sua inteira disposição na procura do rumo certo para saber transmitir a Mensagem.

«ACÇÃO MÉDICA» HÁ 50 ANOS

O número da nossa revista respeitante ao primeiro trimestre de 1964 traz-nos três notáveis contributos, a merecer análise mais detida do que e que se pretende nestas breves linhas. De facto, para além das usuais secções Panorama das Ideias e Sínteses Médicas trimestrais, bem como de um artigo sobre o simbolismo dos ex-libris de médicos franceses, do colega Theo Vetter (com interesse para os cultores do coleccionismo ex-librístico), este número oferece-nos:

- discurso de Paulo VI aos médicos participantes no 17º Congresso da União Internacional contra a Tuberculose (27.9.65);
- o estudo sobre o conceito de socialização segundo a encíclica Mater et Magistra, da autoria do Pe Dr. António Ribeiro, futuro Cardeal Patriarca de Lisboa;
- uma reflexão sobre “a liberdade, hoje”, do Dr. Nuno Girão Ferreira.

Se no discurso de Paulo VI perpassa a satisfação que o Papa calorosamente exprime, por ter melhorado de forma notória a capacidade de prevenir e tratar o flagelo da tuberculose, levando-a a felicitar os profissionais que se distinguiram nesse combate sem tréguas, é no artigo do Pe Dr. António Ribeiro que encontramos motivação para nos determos um pouco mais. A clareza do pensamento, a lucidez da análise, a segurança das conclusões dão bem uma medida da excepcional dimensão intelectual e pastoral do nosso Cardeal.

Recordemos que a encíclica tinha provocado reacções díspares entre os católicos, pois alguns viam nela uma abertura à coabitação com os regimes socialistas, ao arrepio do magistério petrino anterior (Leão XIII, Pio XI), enquanto outros entendiam que o Papa separava definitivamente as águas, opondo ao socialismo político uma socialização reservada aos

que aceitam a transcendência. Com rigor e maestria acadêmica, António Ribeiro analisa, sucessivamente, “O conceito de socialização”, “As causas da socialização” e o “Juízo de valor sobre a socialização”.

João XXIII, começa por nos dizer, constata e aceita que a socialização é uma das notas mais características da nossa época. A doutrina cristã sempre foi clara ao afirmar que o Homem é ser social, necessita da complementaridade do outro e se realiza nas sociedades, culminando na comunhão vital da sociedade religiosa, que o une aos outros homens e a Deus. Tal não significa que a socialização seja confundível com o socialismo, enquanto sistema ideológico-político. Reconhece-se que há coincidências, na rejeição da miséria e da injustiça, bem como na intenção de conseguir uma ordem nova. Mas o pensamento cristão não admite o paraíso sobre a terra nem a liberdade e igualdade absolutas, utópicos chamarizes do socialismo. Os meios propostos pelo socialismo (a luta de classes, a eliminação das oposições, o estatismo asfixiador, a abolição da propriedade privada) são incompatíveis com o cristianismo. De resto, o pensamento inovador que enforma a Encíclica é o da reafirmação do princípio da subsidiariedade, como base para a estruturação das relações entre indivíduo, estrutura intermédia e estado.

Por outro lado, não há nenhuma condenação do socialismo moderado ou democrático, tal como se reveste nos países ocidentais. Ou seja, o católico poderá propugnar em um desses partidos, na medida em que ele se afaste, no fundo, da sua matriz socialista primitiva, que é a marxista. Mesmo assim, terá de se ter presente que o objectivo do socialismo laico, a prosperidade material e a intervenção na distribuição da riqueza, não são os fins últimos do cristianismo. Há que garantir a autonomia e liberdade individuais, a não interferência do estado na esfera privada (culto religioso, educação, saúde) e a sua abertura ao apoio das estruturas intermediárias, com acção subsidiária à do estado. Os poderes públicos podem e devem ter intervenção na saúde, na educação, na orientação profissional, no âmbito da prossecução do bem comum, mas não podem uniformizar e coarctar a liberdade das pessoas encontrarem e promover soluções alternativas, mais consentâneas com as suas convicções religiosas ou filosóficas. O personalismo cristão (do ser em si, ser para si e ser por si) afirma o imanente, como

caminho para o social e movimento que o abre para o transcendente.

O contributo de Girão Ferreira também se ocupa de um aspecto doutrinário importante, o de dogmatismo científico e determinismo, que tantos vêm apregoando, tentando implantar as bases de um biologismo que dita o destino das pessoas, ou de um psicologismo que nega o livre arbítrio ou ainda de um sociologismo que desfoca o indivíduo na massa cinzenta de uma população. O cristão sempre gozará da liberdade dos filhos de Deus, essa maravilhosa realidade que se baseia na formação e na dádiva. A liberdade, difícil, só se consegue neste percurso que vai do plenamente humano ao divino, acolhendo a graça. “Do instinto ao espírito e deste à vida sobrenatural pela graça, esse é o itinerário da liberdade gloriosa dos filhos de Deus”, conclui, com uma referência à Carta aos Romanos, o Autor.

Vale a pena reler estes textos, que afinal são actuais!

Walter Osswald

ACÇÃO MÉDICA

ANO LXXVIII, N.º 1, 2014

RESUMOS

- Cardeal D. José Policarpo**
«Acção Médica» presta uma singela homenagem ao Patriarca Emérito de Lisboa, recordando a sua abertura ao diálogo e o apoio e colaboração em diversas iniciativas da AMCP.
- Mensagem do Presidente**
Mensagem do novo Presidente da Direcção Nacional da AMCP, dirigida a todos os membros da Associação.
- A formação académica em Medicina** – Clara Costa OLIVEIRA e Ana FEIO
Neste artigo, dá-se a conhecer um estudo sobre o impacto da formação académica de médicos, em Portugal, no que se refere à prática clínica. A metodologia foi de tipo misto, com passagem de inquérito por questionário, semi-estruturado; na análise de resultados utilizou-se análise temática conteúdo e tratamento de dados básicos em SPSS. Os grupos temáticos criados para análise, tratamento e discussão de dados foram ‘Ciências básicas’, ‘Áreas clínicas’, ‘Especialidades’, ‘Saúde pública’, ‘Humanidades em Medicina’ e ‘Outras’; nelas se incluíram áreas/valências/disciplinas e unidades curriculares explicitadas pelos entrevistados. Os resultados apontam para áreas que claramente são consideradas menos importantes face às áreas clínicas (bem como da Medicina interna), nomeadamente as ‘Ciências básicas’. No que respeita a outras áreas, como a de ‘Humanidades em Medicina’, os resultados são contraditórios, dado surgir simultaneamente como uma das áreas com menor influência na prática clínica, bem como a área mais requisitada no que se refere à necessidade formativa. O número de questionários validados para o estudo (124) apenas permite cunhar este estudo de exploratório, pelo que os dados aqui mencionados deverão ser confrontados com outras pesquisas que se venham a realizar, neste âmbito.
- Algumas questões éticas ligadas à medicina de catástrofe** – Alexandre LAUREANO SANTOS
Caracteriza-se o conceito de catástrofe como uma ocorrência violenta da qual resulta um número muito elevado de vítimas humanas necessitando de socorros imediatos acompanhada de danificação extensa do ambiente, de uma desagregação social grave e de um desequilíbrio entre a disponibilidade dos recursos existentes e as necessidades dos sobreviventes cuja vida e integridade se encontram ameaçadas. Referem-se os princípios éticos fundamentais que orientam as equipas sanitárias e de socorro às vítimas.

Associativismo médico católico – François BLIN, Walter OSSWALD

O Autor procura dar a conhecer o associativismo dos médicos católicos, desde a primeira tentativa em França, do dr. Jules Le Bêle, em resposta ao apelo do Papa Leão XIII, em 1884.. Mas só mais tarde, entre 1912 e 1922, viriam a ser criadas várias associações nacionais, entre as quais a portuguesa, em 1915. É salientada pelo Autor a criação do Prémio Internacional de Deontologia Médica «Papa João XXI» pela associação portuguesa, atribuído pela primeira vez em Dublin, em 1954.

Estado laico e símbolos religiosos – Paulo Vasconcelos JACOBINA

A propósito da manifesta hostilidade com que algumas sociedades modernas encaram selectivamente os símbolos religiosos, o texto refere-se às relações históricas sempre ambíguas e tensas entre os poderes seculares e a religião. Se fosse possível afastar completamente da praça pública os símbolos que falam de Deus, a humanidade não somente se teria esquecido de si mesma como também essa atitude significaria uma submissão incondicional ao poder temporal, qualquer que fosse a legitimidade que o origina e proclama.

TEMAS ACTUAIS**A revolução sexual no processo de secularização** – Lucetta Scaraffia , Joseph Farah

Neste artigo, preparado a partir de um texto publicado no *Osservatore Romano*, documentam-se as origens e faz-se uma avaliação preliminar do que se designa habitualmente por revolução sexual nas sociedades modernas. Os católicos fazem uma interpretação crítica da transformação que se verificou, apontando os gravíssimos erros cometidos, sem recusar a exigência profunda de liberdade do ser humano. Não se trata de um trabalho fácil, mas refere-se a aspectos importantes da relação entre a tradição cristã e a modernização, e portanto, a evangelização de um mundo secularizado.

A O.N.U. contra a Igreja? – Pedro VAZ PATTO

Foi publicado um relatório elaborado por uma comissão da ONU contendo violentas críticas à Santa Sé sobre a atitude tomada relativamente aos abusos sexuais praticados sobre crianças e adolescentes por sacerdotes. Sem tentar diminuir ou escamotear a gravidade do problema o relatório deve ser criticado por ignorar a mudança que ocorreu para impedir que tais factos se repitam, nomeadamente no que se refere à colaboração com as autoridades para corrigir os infractores e a protecção das vítimas. Além disso o relatório é dispartado por exigir que a Igreja altere a sua doutrina.

A criança, a família, e a ONU – J. BOLÉO-TOMÉ

A publicação de um Relatório da ONU, onde a Igreja é acusada de praticar e esconder a pedofilia e de recusar modernizar-se em assuntos de natureza sexual, serve de motivo para chamar a atenção para factos muito graves

passados com pessoal desta organização. Prostituição, pedofilia, escravatura sexual, são o dia a dia de muitos dos que trabalham para a organização. Sobre eles não há relatórios oficiais. Esse comportamento acompanha a pressão de altos funcionários para que seja imposto um novo conceito de família, pondo de parte a Família Natural.

ARQUIVO–Eleições Europeias

A Comissão das Conferências Episcopais dos países da Comunidade Europeia (COMECE) publicou um apelo aos povos europeus para não se absterem nestas eleições. Chama a atenção para os valores que estão em causa, que obriga a uma presença que defenda os valores do espírito no Parlamento Europeu

NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS

- **Liberdade religiosa e casamento nos E.U.A.** (notícia sobre a discriminação que já é feita em alguns Estados norteamericanos relativamente a todos os que defendem o casamento e a família naturais, e que recusam colaborar com os grupos LGBT).
- **Fernando Ribeiro e Castro** (palavras de homenagem ao fundador da Associação das Famílias Numerosas, agora falecido, pelo seu exemplo humano de grande qualidade, e pelo seu trabalho incansável e esclarecido de grande defensor da família).
- **AMCP–nova Direcção Nacional**
- **«Acção Médica» há 50 anos**

