

O bem-estar ou conforto dos doentes num hospital geral. Notas ao IX Congresso Internacional de Hospitais

Coriolano Ferreira

1. Por muito que me custe dizê-lo, as notas que aqui apresento não poderão, em rigor, ser tomadas como relatório dos trabalhos do IX Congresso Internacional de Hospitais. Propositadamente me esquivei a essa tarefa, por conhecer antecipadamente o insucesso de tal pretensão, se a tivesse.

2. As comunicações ali apresentadas estão escritas e impressas. As intervenções foram estenografadas e registadas em gravação apropriada. Isto significa que, quando as actas oficiais aparecerem, terão os interessados ao seu dispor documentação infinitamente mais completa e perfeita do que aquela que qualquer dos congressistas poderia ajuntar por seus meios individuais.

3. Foi por isso que abandonei a ideia de relatar o Congresso. Em compensação, pareceu-me que poderia aproveitar a ocasião para redigir um pequeno estudo sobre o tema geral do bem-estar ou conforto do doente e apreciar depois os trabalhos do Congresso à luz dos princípios e das ideias que fossem adoptadas nesse estudo. Seria também possível confrontar os mesmos princípios com as nossas tendências e os nossos problemas nacionais. Foi o que fiz.

4. Reconheço o melindre e o perigo desta orientação. Em matéria tão discutida, que bole com a própria ideia do homem, com o conceito de pessoa hu-

mana e com os direitos desta, todas as posições são discutíveis. As dificuldades, porém, nunca foram impossibilidades. Que outro merecimento não tenha, poderá servir este trabalho para nele enunciar meia dúzia de problemas de que não podemos alhear-nos nesta hora magnífica que a assistência está vivendo em Portugal.

5. Dividi este estudo em duas partes distintas. Na primeira exponho o que penso poderem chamar-se «princípios gerais do bem-estar ou conforto dos doentes num hospital». A segunda dedico-a ao Congresso em questão, dando dele uma ligeira notícia e uma apreciação geral.

6. Deus queira que eu consiga dar a este trabalho algum interesse e utilidade.

PRIMEIRA PARTE

PRINCÍPIOS GERAIS DO BEM-ESTAR OU CONFORTO DO DOENTE NUM HOSPITAL

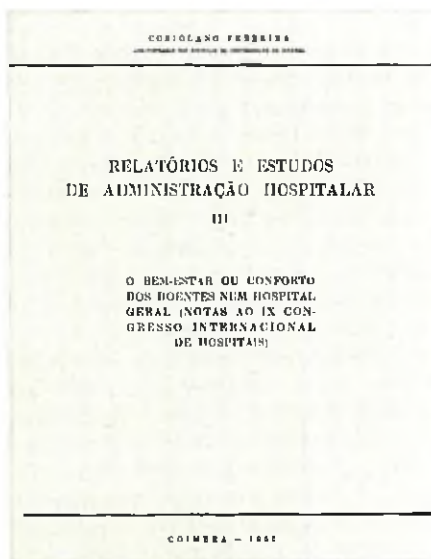
CAPÍTULO I

O HOMEM E A DOENÇA

§ 1.º — O homem doente

1. O homem doente é, antes de tudo e acima de tudo, *homem*. Ora, para se resolverem os problemas do homem, há que principiar por saber o que ele é e o que vale.

in Relatórios e Estudos de Administração Hospitalar, III, Boletim da Assistência Social, 14 (123) e (124), 1955.



2. Estamos numa era em que se aceita quase universalmente a conjugação de dois princípios integradores do homem: matéria e espírito. Quando este ser, assim complexamente formado, constitui, pela adição de um dado valor moral, uma entidade activa, dando lugar a um «eu» com vida e finalidade próprias, estamos em face da pessoa humana.

Se ajuntarmos a esta concepção o valor de uma finalidade supraterrena ou religiosa que ligue a pessoa humana directamente com o seu princípio ordenador e criador, teremos o homem, filho de Deus, por Deus destinado a uma vida plena e total junto de Si.

3. A verdadeira visão da pessoa humana excede, pois, a contemplação separada de cada um destes elementos ou princípios componentes, para se fixar no seu conjunto, na sua maravilhosa unidade. Os cientistas, depois de um século de luta por aquilo a que chamavam a «emancipação da metafísica», acabam por reconhecer que a mesma ciência lhes mostra, hora a hora, novas interdependências e relações entre o psíquico e o somático, entre a alma e o corpo, de tal sorte que já não lhes é possível controverter as numerosas e recíprocas influências.

4. Nesta conformidade, é só por necessidades metodológicas que temos de distinguir a simples *consciência biológica* — que nos dá a medida da nossa adaptação ao meio ambiente — da *consciência psicológica* — que nos dá o conhecimento directo da nossa própria vida psíquica — e da *consciência moral* que nos classifica os actos e os valoriza, referindo-os a normas adequadas ao fim superior para que o homem foi criado.

5. As mesmas necessidades nos obrigam a distinguir a *vida psíquica ou mental* — conjunto unitário e total de estados de consciência — do seu aspecto particular que é a *vida intelectual*.

6. Isto nos serve para evitar as confusões em que muitas vezes se caiu no decurso do Congresso, ao falar-se indistintamente de «bem-estar intelectual», «bem-estar moral», «bem-estar espiritual», como se todas

fossem expressões de conteúdo equivalente e, pior do que isso, dando-lhes por vezes um sentido que, por pouco, se confundia com o de «bem-estar físico ou material».

7. Esta confusão já vem de longe. Vem do tempo em que a ciência, por amor de libertar o homem, deixou fugir por entre os dedos a sua incomparável unidade e indivisibilidade. A especialização que se vem acentuando nas ciências, completou a obra. O homem passou a ser estudado aos pedaços, cada vez menores, e ninguém atinou mais com a chave que, no final, deveria refazer este melindroso «puzzle».

8. Podemos dizer, sem receio, que o drama da ciência reside nesta sua busca incessante do homem. Deseja-o, acarinha-o umas vezes, espezinha-o outras, mas ama-o sempre. Quer conhecê-lo, entendê-lo em todos os seus recantos e intimidades. Teve-o primeiro, como filho de Deus, feito à Sua imagem e semelhança, e depois como bicho, igual aos outros bichos. Mantém com ele ao longo dos séculos, um trágico e belo jogo das escondidas. Por isso afirma Tournier que «apesar de todos os progressos técnicos da medicina, o profundo mistério do homem e da doença atormenta todos os que possam e tentam curar».

9. Vi escrito, não me lembro onde, que no hospital de hoje o doente substitui o médico em importância. Até há pouco, a ciência valia mais do que o homem e o médico era a ciência. Hoje vale mais o homem e o doente é o HOMEM.

10. O hospital de hoje redescobriu o doente; eu creio mesmo que este é o traço específico da sua estrutura actual. Os últimos decénios viram reaparecer o doente como centro e senhor do hospital e não como «caso interessante» ou «pretexto de assistência».

11. O hospital deixou de ser mera «oficina de reparações», para voltar a ser instituição humana que recolhe indivíduos em estado de crise, e procura tratá-los na sua integridade física e espiritual.

12. As convulsões a que se assistiu em todo o mundo e assistimos agora entre nós — um pouco atrasadamente — em matéria de administração

hospitalar resultam unicamente desta inevitável transição de eras em que se discute o conceito e o futuro do homem.

13. É que o doente, só porque tem o corpo a sofrer de afeição que lhe perturba o normal exercício das funções e chega a pôr em perigo a permanência da vida, não deixa, por esse facto, de ser homem.

14. Nem deixa de constituir uma «pessoa humana», cujos direitos continuam a ser a tradução do seu valor moral, quando não do seu fim sobrenatural. A doença, se bem que situação de crise, não corresponde a um «estado de sítio» que suspenda os direitos naturais da pessoa humana. Pelo contrário, haveremos de concordar em que, ao seu conjunto habitual de direitos, outros acrescem agora, para criar em volta deste ser, diminuído nas suas possibilidades de acção e defesa, uma atmosfera protectora e compensadora daquela quebra de resistência. É a nossa homenagem àquilo a que alguém chamou a «majestade da dor».

15. O Padre Gemelli descreveu de forma magistral, ao Congresso, esse estado de crise em que se encontra o homem atingido pela doença:

«Desde que se sabe doente e se mete na cama, o doente fica segregado do seu mundo ordinário. A vida segue o seu curso, mas ele já não participa dela. As pessoas que tinham um papel na sua vida, eis que a vida leva para longe. Todos marcham com o tempo, enquanto ele, se encontra abandonado numa margem, na qual o tempo não corre. Ele é o retardatário, o isolado; o mundo torna-se estranho, curiosamente longínquo».

16. Longe, bem longe da vida, o homem doente faz então face ao Criador. Esse colóquio de angústia não tem par. Não é possível disfarçar a sua profunda intimidade. Mesmo as pessoas mais queridas lhe são estranhas. Essas pessoas continuam a ir aos empregos, a vir a horas certas, a lutar, a amar. Mas ele, o doente, parado numa das margens da estrada, é como o soldado ferido que, da valleta, sente passar todo o exército que avança, avança. Vão-lhe fugindo, distanciando-se cada vez mais, os fins com que se iniciou a luta e se procura

a vitória. E fica então, sozinho, em face d'Aquele que o criou.

17. O doente e a colectividade desejam a cura. Mas, que é a cura? «Restitutio ad integram», definia-se antigamente. Seria a volta ao estado anterior. Os membros, os órgãos, as funções retomariam a forma e as actividades que haviam tido nos tempos de vida normal.

18. Mas a vida não retorna sobre os seus próprios passos. Podemos repetir o membro, ou o órgão ou a função no estado anterior, que, apesar disso, o doente nunca mais será o mesmo. Esse período de angústia, aquele colóquio trágico e íntimo, deixam nele dedadas inapagáveis. Não é por acaso que a história nos conta os casos de santos nascidos para a santidade durante as dores de uma doença.

19. Cada um de nós sabe bem que a qualquer momento em que lutemos com a morte, então tornada mais possível, quase palpável, se mobilizam todas as virtudes da nossa alma e todas as forças do nosso corpo.

20. A doença é pois uma crise total do homem. Nela são afectados o seu corpo, a sua alma e o seu espírito.

21. Suponho que muitos erros graves se evitariam entre nós, se estes princípios estivessem sempre presentes na inteligência e no coração de todos os que dirigem os hospitais de Portugal ou neles trabalham.

§ 2.º — A doença, factó individual

22. É desnecessário explicar porque constitui a doença um factó individual. A doença localiza-se num indivíduo, afectando a harmonia das funções da sua fisiologia, a clareza da sua consciência, o equilíbrio do seu espírito e a pureza da sua alma.

23. A doença afasta o indivíduo da sua vida de relação normal. Afecta-lhe a situação económica. Faz-lhe perigar a estabilidade afectiva e a importância do seu papel na sociedade. A doença cria um fosso enorme entre o doente e o são; cada um pertence a categorias diferentes, mais separadas do que à primeira vista se nos afigura.

24. A doença, porém, não deve nem pode fazer esquecer o próprio doente. Este, diferente de todos os outros doentes, há-de receber e reagir à doença e à terapêutica de forma absolutamente individual. O plano diferencial de cada personalidade dá ao homem o sinal da sua individualidade e ao doente a característica específica que o torna um «caso» diferente de todos os outros milhões de casos.

25. Por isso, assim como os médicos sabem que não devem tratar «doenças» mas sim «doentes», querendo com isto dizer que não há sistemas terapêuticos de efeitos universais, também, nesta questão de bem-estar, não poderemos ter a pretensão de criar regras uniformes que a todos os doentes provoquem o desejável estado agradável.

26. Como linha de orientação nesta matéria, ficar-nos-á, pois, a ideia de que, embora possamos criar nos hospitais condições de bem-estar que, de modo geral, beneficiem todos os doentes, a principal acção a desenvolver será no sentido de tratar cada doente de per si, de individualizar, ou melhor dizendo, personalizar as condições de bem-estar e conforto.

§ 3.º — A doença, factó familiar

27. O doente faz parte dum grupo familiar. A família, sendo a célula inicial da sociedade, é também o campo único para a cultura adequada da pessoa humana.

28. Como membro dessa sociedade, está o homem sujeito às leis da mecânica dos grupos sociais. Recebe influências e exerce-as sobre os outros membros. É solidário com eles, no afecto, na economia, na defesa e sobrevivência do grupo. Provoca forças de coesão e obedece-lhes. Submete-se à autoridade estabelecida no grupo e exerce-a, dentro da hierarquia ali reinante.

29. O grupo familiar tem, pois, uma vida que, derivando da vida dos seus membros, é mais do que o resultado de uma simples adição. A família existia já quando um novo membro surgiu e mantém-se após a morte

dele, embora se lhe modifiquem a composição e a estabilidade.

30. De tudo isto resulta que, quando alguém adoece, esse factó se traduz em perturbações sofridas pelos restantes membros da sua família e pela própria família, considerada como grupo.

31. O sofrimento do indivíduo doente causa sofrimentos reflexos nos membros da família. Os laços afectivos são fortemente experimentados. A autoridade no grupo muda de detentor. A segurança económica é abalada. O papel social é posto em crise. A doença é, pois, um factó eminentemente familiar pelas repercussões que tem na família a que o enfermo pertence. Consequentemente, as medidas que tomarmos para conseguir o bem-estar do doente devem ter sempre em vista a necessidade de se repercutirem beneficentemente na família do paciente, ou até deverão incidir directamente nessa família para se reflectirem favoravelmente no enfermo.

§ 4.º — A doença, factó social

32. Mas além do individual e familiar, a doença é também factó social. Se a sociedade é apenas um grupo mais amplo do que a família, se nele o homem fica sujeito às mesmas leis da mecânica dos grupos a que aludi no parágrafo anterior, podemos dizer com verdade que, quando um homem sofre, com ele sofre toda a sociedade.

33. Só por isso se compreende que a luta contra a doença seja, nos países civilizados, mais uma actividade social do que individual. Não é por acaso que os povos e os governos de hoje colocam no primeiro plano das suas preocupações o combate às várias formas de males.

34. De cada vez que um homem é atingido pela enfermidade, há uma solução na regularidade do movimento que é a vida da sociedade. Ficam vagos lugares nas funções directivas, nas produtoras e nas distribuidoras. A composição da sociedade é alterada. Os laços de afecto perturbados. A economia empobrecida.

35. Em vários países já se fizeram contas ao custo da doença, só em dias de trabalho perdido.

36. (Quanto valerão as horas e dias que se perdem em Portugal, à procura de documentos de admissão, à espera de consulta nos serviços de externato, com operações adiadas sucessivamente por motivos não relacionados com os doentes, ou com a falta de tempo dos médicos para verem todos os doentes dos hospitais em que trabalham, mais os da sua clínica particular?).

37. Haverá, pois, que tomar em consideração este aspecto social da doença, ao tentarmos fazer a teoria do «bem-estar do doente», já que o sofrimento ou mal-estar do enfermo é, por sua vez, causa e consequência do mal-estar social, relacionado com a enfermidade.

CAPÍTULO II

O BEM-ESTAR OU CONFORTO NO HOSPITAL

§ 1.º — Conceito do bem-estar ou conforto

1. Pode, legitimamente, discutir-se a correcção lógica da expressão «bem-estar do doente». Se o doente se encontra em crise física e espiritual, poderá, na permanência desse estado, falar-se em «bem-estar»?

2. O bem-estar é um estado agradável da consciência. Corresponde àquilo a que, em psicologia, costuma designar-se por «estado de prazer».

3. Pondo de parte as discussões sobre a origem e natureza do prazer, podemos verificar que é unânime o aceitar-se a relatividade da sua intensidade. Isto é, o prazer pode variar de grau. E, a ser assim, poderemos falar, ainda que não muito propriamente, nos «prazeres» do doente, sempre que o grau de intensidade dos seus estados agradáveis seja superior ao das dores da doença.

4. Não é verdade que achamos muitas vezes pessoas extremamente felizes, no meio dos maiores tormentos físicos? E conhecemos tantos infelizes de perfeita saúde!

5. Por isso me parece que melhor teria sido falar-se de «conforto». Além de ser termo muito usado nas técnicas de assistência hospitalar, oferecia menos dificuldades de entendimento.

6. Partindo do conceito integral de homem, referido nos capítulos anteriores, fácil nos será concluir que o bem-estar ou conforto perfeito, adequando verdadeiramente à estrutura da pessoa humana é aquele que se dirige, tanto à parte física como à parte espiritual do homem.

7. Por outro lado, o homem é um ser perfectível. O aspecto evolutivo ou genético caracteriza profundamente a sua personalidade. Corresponde de tal forma à natureza humana o esforço de auto-aperfeiçoamento, que nele reside um dos maiores motivos de prazer para o homem.

8. Por isso, em minha opinião, o bem-estar dos doentes deve conceber-se com respeito pela sua unidade física e espiritual e do seu sentido permanente de aperfeiçoamento.

9. O bem-estar abrangerá, pois:

- a) o bem-estar físico ou material;
- b) o bem-estar espiritual ou intelectual;
- c) o bem-estar moral;

todos orientados para a constante evolução e melhoramento da personalidade do doente.

§ 2.º — Conteúdo positivo dos fenómenos de adaptação

10. Notemos ainda que o bem-estar ou conforto não se definem por forma negativa, como sendo a ausência de mal-estar ou desconforto. Pelo contrário, são estados de conteúdo positivo, caracterizados pela perfeita e consciente adaptação do homem às condições da sua ambiência física, intelectual e moral.

11. Aproximando este conceito do de *felicidade*, diremos que o homem é feliz na medida em que aceita todas as situações físicas e espirituais da sua própria vida.

12. Porém esta aceitação não significa «submissão», «passividade». A aceitação do inevitável é apenas a base psíquica essencial para uma ac-

ção posterior. Só podemos agir e realizarmo-nos, partindo de um plano ou de um ponto a que aderimos ou que aceitamos e nos serve de apoio.

13. Ligando este conceito com os expostos no parágrafo anterior, diremos que o bem-estar, o conforto, ou a felicidade resultarão de um sucessivo aperfeiçoamento e consequente valorização da personalidade do doente, a partir da perfeita aceitação das condições de saúde e do meio que lhe foram impostas.

§ 3.º — O hospital-geral e o bem-estar ou conforto

14. Como já disse, o tema do Congresso encarava o doente «no hospital-geral».

Ora, tendo em linha de conta apenas a sua função curativa — já que a preventiva não foi posta em causa — diremos que a assistência hospitalar pode assumir uma das formas seguintes:

- a) Internamento;
- b) consulta externa;
- c) tratamento avulso;
- d) assistência domiciliária.

15. O problema do bem-estar do doente deveria pôr-se em relação a qualquer destas formas de assistência, pois que, em todas elas se pode gerar um estado de mal-estar.

16. Assim não aconteceu, porém. O Congresso falou muito dos doentes internados e dos que se tratam ambulatoriamente. Nem uma palavra para o conforto dos doentes de Banco nem para os de serviços domiciliários. Foi, quanto a mim, uma das suas mais graves deficiências.

17. Há em meu entender, dois princípios fundamentais na atitude do hospital para com o problema do bem-estar dos seus doentes, corolários dos princípios expostos nas páginas anteriores: o da *personalização das medidas a tomar* e o de *não imposição dessas medidas*.

18. A atitude do hospital deve ser tal que respeite a personalidade de cada doente, já que, cada um deles constitui uma entidade psíquica e moral, totalmente diferenciada da dos restantes enfermos.

19. Por isso, embora haja um certo número de regras que, na generalidade dos casos, produzem resultados positivos, nunca se está livre de verificar que, agradando talvez a um certo número de doentes, essas medidas incomodam dois ou três dos assistidos os quais, com elas, se sentem desgostosos e infelizes. Na mesma enfermaria, um certo doente sentir-se-á venturoso ao lembrar-se do casebre desconfortável em que vivia; outro doente encolher-se-á envergonhado de o verem ali, a ele que durante largo período da sua vida, viveu em ambiente distinto mas não tem agora dinheiro para se tratar num quarto particular.

20. Toda a nossa actividade deve tender para diminuir, quanto possível, essa «massificação» de processos. Não sobrecavaliemos as regras gerais de conforto e bem-estar, nascidas de um esforço gigantesco, mas perigoso, de generalização e de abstracção dos traços individuais dos enfermos. Essas regras valem apenas como simples indicações genéricas, sujeitas, por isso, às necessárias adequações, impostas pela personalidade de cada doente em particular.

21. Por outro lado, e ainda dentro do respeito que devemos à personalidade do doente, há que atenuar o aspecto de imposição que inevitavelmente resulta das regras gerais referidas.

22. Tenho visto insistir — e o Congresso assim fez também — naquilo que devemos *dar* aos doentes. Mas, nesta linguagem, *dar* é uma forma eufemística de *impor*.

23. Os americanos criaram, em publicidade, uma expressão para designarem o público que, quer queira quer não, tem de receber o anúncio. É o caso das multidões que num recinto fechado — cinema, estação de caminho de ferro, campo da bola, etc. — são forçadas a ouvir o altifalante, que assim lhes é imposto. Chamam-lhes «*multidões cativas*».

24. Embora nos custe, temos de reconhecer que os doentes no hospital são «*multidões cativas*», às quais impomos, sem consulta prévia, a cor das paredes e das cortinas, a disposição dos móveis, as rotinas dos serviços, a apresentação da comida.

25. Toda a nossa actividade deve tender para diminuir, na medida do possível, a exploração dessa situação de cativo em que os nossos hóspedes se encontram. Exemplo: evitemos o altifalante em enfermarias de doentes acamados, pois que se dele gostam uns, outros o aborrecerão, agravando-se o seu mal-estar pela impossibilidade de lhe fugirem. Evitemos o vestuário hospitalar de uma só cor, o qual, embora cómodo e limpo, obriga o doente a accitá-lo forçadamente. Se fizermos pijamas de três cores e dermos a escolher entre elas ao doente, sentirá este que, por si só, resolveu alguma coisa de importante na sua vida.

26. Tenhamos sempre presente que a função do hospital é apenas *facilitar* o trabalho eminentemente pessoal de adaptação e de aperfeiçoamento da personalidade, no qual nada nem ninguém pode substituir o esforço individual do doente.

27. Se o bem-estar é, como vimos, uma conquista espiritual de cada um, competirá ao hospital criar as condições favoráveis — materiais, intelectuais e morais — para que todos os seus doentes possam atingir, no aperfeiçoamento da sua personalidade, a felicidade a que aspiram.

§ 4.º — Papel da administração hospitalar

28. Se administrar é adequar todos os meios disponíveis ao fim último de cada empresa, compete à administração hospitalar a tarefa difícil de criar, organizar, movimentar e fiscalizar todos os meios indispensáveis ao bem-estar dos seus doentes.

29. O hospital constitui, por si só, um grupo de técnicos ao serviço dos doentes. Esse grupo vai desde o médico à enfermeira, desde o farmacêutico à trabalhadora social, desde os empregados de limpeza aos das secretarias. Ao lado deste grupo geral, há equipas que funcionam junto de cada doente. Se o chefe destas últimas é indiscutivelmente o médico, a cabeça do grupo geral é a administração.

30. O Padre Gemelli, reitor de uma universidade, psicólogo e sociólogo de renome universal e médico

distinto, disse na sua magnífica oração inicial: «A administração é o organismo que, no hospital, representa a sociedade».

31. É pois a administração que por si, ou pelos seus representantes, assume a responsabilidade de preparar tudo, de tudo fazer para que o doente que se entrega aos cuidados do hospital receba deste todas as condições para que possa construir ou conquistar o seu bem-estar.

32. Não vale a pena discutir quais são os melhores administradores, se os médicos, se os não-médicos. É questão para outro local. O que se quer dizer é que só a administração — seja quem for o seu titular — compete orientar superiormente todos os meios do hospital e adequá-los aos fins últimos do estabelecimento.

CAPÍTULO III

REGRAS GERAIS DO BEM-ESTAR OU CONFORTO DO DOENTE

§ 1.º — Principios gerais

1. Esquematizando os principios gerais expostos nos capítulos anteriores, assentaremos em que a doença é um facto que afecta o indivíduo, a família e a sociedade; que no indivíduo afecta a sua parte física e espiritual; que na família põe em causa as relações afectivas e a estabilidade económica; que na sociedade levanta os problemas de certeza que todos querem ter de assistência eficiente; que no hospital é à administração que compete criar, ordenar e movimentar todos os meios para se atingir o bem-estar ou conforto, considerado este em sentido amplo.

2. A actividade da administração deverá, pois, orientar-se sobre o esquema seguinte:

I — Para o doente

- a) bem-estar físico ou material
- b) bem-estar espiritual ou intelectual
- c) bem-estar moral

II — Para a família

- a) estabilidade e defesa das relações afectivas
- b) estabilidade e defesa da sua economia

III — Para a sociedade

- a) certeza geral de assistência
- b) assistência eficiente — rápida e economicamente adequada.

3. Nos parágrafos seguintes, analisaremos separadamente as garantias que o hospital deve oferecer ao doente, à família e à sociedade, em cumprimento do esquema anterior.

§ 2.º — Garantias ao doente

4. Ao atingir o doente no seu complexo físico, espiritual e moral, a enfermidade causa-lhe:

- a) sofrimentos físicos;
- b) limitações e dependências físicas, espirituais e morais (impossibilidade de acção, angústia, desconfiança, incerteza do futuro, etc.).

5. Para eliminar estes estados desagradáveis, o doente pede ao hospital

I — Para o seu bem-estar físico:

- a) suficiência de meios financeiros a utilizar no diagnóstico e terapêutica da doença;

II — Para o seu bem-estar intelectual e moral:

- a) Confiança;
- b) Liberdade;
- c) Cooperação ou ajuda.

6. Vejamos agora, rapidamente, e em síntese cada uma destas alíneas.

a) — Suficiência de meios financeiros

7. Disse ao Congresso o delegado irlandês, E. H. Jones:

«A história dos hospitais em quase todos os países é o relato da luta contra as dificuldades financeiras, ameaçando a criação, a manutenção e o desenvolvimento dos serviços hospitalares e dos esforços empregados para levar este combate a bom fim. Este problema é real e renova-se incessantemente, Não o podemos ignorar ou

negligenciar, mas olhá-lo de frente, dominá-lo e resolvê-lo».

8. O custo da assistência, agrava-se de ano para ano, de mês para mês, até de dia para dia. A luta de todas as administrações é a que se trava para conseguir este resultado logicamente impossível: equacionar rendimentos estáveis com despesas em constante agravamento.

9. Em todo o mundo, a solução última foi a de integrar a assistência e a previdência num conceito amplo de «segurança social». Portugal continua a ser a triste excepção que todos nós conhecemos e a causar a admiração de quantos estrangeiros o sabem.

10. Compete à comunidade dotar os hospitais de todos os meios de diagnóstico e terapêutica — incluindo o próprio pessoal — que razoavelmente devem exigir-se em cada momento da história da assistência. Se há dinheiro que nunca um Estado ou Governo deve chorar é o que se investe nos hospitais.

11. Compete aos administradores utilizar esse dinheiro pela forma mais conveniente e sensata, de modo a darem ao doente a certeza de que todos os processos conhecidos e úteis à recuperação da sua saúde vão ser postos em acção.

12. O doente não deve aperceber-se de que lhe falta seja o que for — desde o medicamento ao pessoal médico e de enfermagem em quantidade suficiente — por motivos meramente financeiros. Mas, se é certo que todo o administrador deseja ter no seu hospital os mais recentes — mesmo que dispendiosos — meios de diagnóstico e de tratamento e o quadro de pessoal mais bem provido, também é verdade que nem sempre os consegue.

13. Nesta hipótese, compete aos médicos, às enfermeiras, ao serviço social, a todos os que contactam com o doente, evitar que ele venha a conhecer as deficiências existentes, desde que não tenham a certeza de as poderem solucionar por qualquer outro processo ou diligência.

14. Advogou-se no Congresso a vantagem de expor lealmente ao doente as dificuldades financeiras do hospital. Talvez seja prática aconselhável em países de elevada formação

cívica. Mesmo aí, haverá de ter-se em conta que o doente é uma pessoa diminuída na sua capacidade de compreensão e julgamento. O doente considera ofensivo e injusto que deixe de se fazer, seja o que for e custe o que custar, para lhe dar o alívio desejado. O doente julga-se a pessoa mais importante do mundo e, aos seus olhos, nada há que possa igualar-se-lhe. Creio, por isso, que, pelo menos entre nós, o conforto do enfermo será conseguido com mais certeza se lhe dermos tudo o que precisar e encarecermos esse facto, mesmo ostensivamente.

Se houver dificuldades financeiras no hospital que não permitam essa largueza de meios, nunca o doente nem a família o suspeitem.

15. Nós somos hospedeiros do enfermo. Falhará todo o hospedeiro que não consiga criar ao seu hóspede a sensação de abastança e de largueza de recursos, postos despreocupadamente ao seu serviço.

b) Meio ambiente adequado

16. Falou-se largamente, talvez demasiadamente de «ambiente», neste IX Congresso Internacional de Hospitais. Chegou mesmo a dar a impressão, neste século de «massificação do homem» que toda a gente acreditava na possibilidade de fazer felizes à força, legiões maciças de doentes, só por os meter em hospitais concebidos pelos melhores arquitectos, construídos com os melhores materiais, pintados com as cores mais cientificamente estudadas, servidos por pessoal altamente qualificado, etc., etc. O enfermo aqui admitido sentir-se-ia em «bem-estar» com a certeza e infalibilidade de um cálculo matemático.

17. Já em capítulo anterior declarei discordar de tal atitude. Se é certo que todos esses requintes de ambiente constituem facto de bem-estar, também é verdade que serão inoperantes para os doentes — e são muitos — que não queiram ou não saibam criar a sua adaptação activa às condições que lhes são impostas.

18. Em todo o caso, dado o real interesse da questão, vejamos as suas linhas gerais. Limite-me a fixar alguns apontamentos, aconselhando a

leitura de tantos trabalhos e tantas discussões exaustivas que não-de ser publicadas oficialmente pela Federação Internacional de Hospitals.

19. O ambiente do doente abrange as *instalações, o mobiliário geral, a alimentação e os serviços domésticos ou gerais.*

20. As instalações deverão ser alegres e de dimensão devidamente estudadas: nem amplas de mais, a ponto de criarem sensação de esmagamento, nem tão acanhadas que estabeleçam dificuldades de movimentos. A dimensão ótima será aquela que dê impressão de aconchego folgado. Abolidas as grandes salas comuns e criado o recato indispensável com uma simples cortina em volta de cada cama, deverão ainda prever-se os locais de repouso, jogos, leitura, etc.

21. O mobiliário geral deve ser simples e cômodo. Se é certo que o ferro é de grande duração e de fácil limpeza, a madeira é mais confortável.

22. A alimentação será sadia, abundante, bem apresentada. É digno de recomendação o hábito de deixar o doente escolher entre, pelo menos, duas ementas.

23. Os serviços domésticos, ou de hospedagem, deverão ser organizados por forma a darem a cada doente a ilusão, tão forte quanto possível, de que tudo foi organizado em sua honra e que todos o servem como a senhor indiscutido.

24. Todavia, nesta questão de ambiente material, há um princípio fundamental a respeitar: o conforto dado pelas instalações, pelo mobiliário, pela alimentação e pelos serviços domésticos, não deve ser superior ao do *nível da classe média, que habita nesse país.* É tão desconfortável a penúria ou pobreza do meio hospitalar como o seu luxo despropositado. Embora o hospital tenha, sem dúvida, uma função educativa que realiza também pela criação de certos hábitos de conforto, não é recomendável que se exceda aquilo que consideramos médio em cada nação. Isto não impede, evidentemente, que se criem quartos particulares luxuosos para aqueles poucos que a eles estão habituados e os podem pagar.

25. Não me é possível terminar esta alínea sem deixar vincada uma palavra de tristeza pelo ambiente que ainda hoje se vive na maioria dos nossos hospitais. Mais por falta de formação técnica dos dirigentes do que por falta de recursos, os nossos hospitais são ainda bem as «casas de miséria». Nem se pense que os novos e magníficos edifícios construídos com tanto carinho, bastem por si só para fazer a renovação do espírito. Já se viram quartos de banho, novinhos, transformados em casas de arrumos.

26. Por isso, é minha opinião que, para criar ambiente de conforto é mais importante o saber e a atitude do pessoal do que a excelência das instalações, do mobiliário e dos serviços de hospedagem.

c) Confiança

27. Se «há por toda a parte um sentimento de inquietação, de insegurança e de confusão», como disse Carrell, esse sentimento é mais profundo e angustioso entre os doentes, porque são pessoas psiquicamente diminuídas. Há, por isso, que dar-lhes confiança: confiança na competência, dedicação do pessoal médico e de enfermagem; confiança nos meios financeiros da administração, confiança na garantia de emprego e na estabilidade material e moral da sua família; confiança nos processos que não-de fazê-lo regressar e readaptar à vida normal.

28. Para se atingir tal fim, suponha que o meio mais completo e eficiente é o de fazer assistir e acompanhar cada doente por uma agente do serviço social — sempre a mesma — desde a entrada no hospital até mesmo depois da saída. Que o doente não se sinta tratado em série. Que ele se convença de que o seu caso é olhado individualmente e considerado mais importante de todo o hospital».

29. A angústia, a desconfiança, a incerteza do seu futuro e da sua família são espinho doloroso para todo o doente. Entrar num hospital é mergulhar num mundo desconhecido e de temor. O ritual estranho que ali se desenrola, os gestos de significado desconhecido, a visão pálida dos parentes e amigos, o afastamento da vi-

da activa, tudo cria no paciente esse estado depressivo e angustiante.

30. Se um doente escolhe um médico, entre tantos, só porque tem nele confiança, é preciso que o mesmo aconteça em relação a todo o hospital.

31. Ora, não parece que inspire confiança, a inquirição prévia, por parte do hospital, dos meios económicos da família do doente. As questões de responsabilidade pelas despesas de assistência devem ser reguladas, quanto possível, com os organismos responsáveis se os houver, mas, em qualquer caso, sempre por forma a evitar que o doente as discuta com o hospital. Exceptuam-se, claro está, os doentes economicamente fortes, os quais pagarão por tabelas entecipadamente fixadas — mesmo os honorários clínicos — de maneira a eliminar o medo da conta final do médico, caixinha de surpresas que faz tremer os mais animosos.

32. Também não cria confiança o permitir que o pessoal de enfermagem receba gratificações. Fica o doente desconfiado sempre de que, não será tratado convenientemente se as não der.

33. O adiamento tão frequente das operações já anunciadas e quando o doente se preparou para elas, mesmo que por motivos razoáveis — aulas do professor, serviço fora da localidade, etc. — cria no doente a ideia dolorosa de que foi colocado em segundo plano e de que, não se dá ao seu caso a mesma importância que ele próprio lhe atribui. Numa palavra, rouba-lhe a confiança no hospital.

34. Em resumo: haveremos de combater todas as práticas e hábitos que contribuam para que o doente se entregue ao hospital dominado pelo sentimento da desconfiança.

d) Liberdade

35. Ninguém gosta de se submeter a hábitos que não são os seus. O meio hospitalar, sendo diferente do meio normal de uma família isolada, deve, todavia, tender para a organização de pequenas células que se aproximem quanto possível do ambiente familiar. É indispensável, que demos ao enfermo a *liberdade* de organizar ele

próprio, a seu gosto, a vida que mais se aproxime daquela que tinha antes de vir para o hospital. A leitura do jornal favorito, ou do livro mais querido, o programa de rádio, o jogo das damas ou do xadrez, a conversa sobre literatura ou desporto, a oração em conjunto com os vizinhos, são pelo menos tão indispensáveis como os colchões de espuma de borracha ou o ambiente climatizado. A liberdade de poder ele próprio fazer a mistura do seu leite e do seu café dá-lhe maior bem-estar do que a mais agradável bebida que foi preparada não se sabe onde e lhe foi imposta, embora com requintes de apresentação. O respeito pelas suas crenças religiosas ou convicções políticas e pela dignidade e pudor do seu corpo; a possibilidade do doente ser consultado sobre se autoriza que dele se sirvam para o ensino; a indicação de qual dos seus nomes deve figurar na placa da cama; a escolha da cor do pijama — tudo isso dará ao doente o sentido pleno da liberdade que lhe é tão querida.

e) Cooperação ou ajuda

36. Já dissemos que o bem-estar, a felicidade do homem se atinge na medida em que ele se aperfeiçoa espiritualmente. Não é por acaso que o suicídio — forma dramática de demonstrar a inadaptação do homem ao meio — atinge os maiores índices precisamente nos países de mais requintado e progressivo nível de comodidades materiais. O bem-estar, a felicidade, são conquista do espírito.

37. Ora, quando afirmamos que o hospital se propõe organizar o bem-estar do doente, queremos significar que lhe compete criar e facultar as condições óptimas de valorização da sua personalidade.

38. O hospital tem de colaborar, não apenas, respondendo aos pedidos de cooperação quando eles sejam formulados pelos doentes, mas procurando suscitar o aparecimento desses pedidos.

39. A função educativa ou formativa do hospital há-de ser cada vez mais importante. Desde a criação de hábitos de higiene individual ou colectiva, ao melhoramento das relações de civilidade, desde a simples

iniciação na leitura, ao aperfeiçoamento do grau cultural de cada um, desde o contacto com verdadeiras obras de arte, à dignificação dos valores morais da vida humana, tudo o hospital pode e deve suscitar nos seus doentes.

40. O pessoal médico, o de enfermagem, o administrativo e sobretudo o social deverão ter sempre presente que uma palavra, uma conversa, ou um exemplo, seja ele bom ou seja ele péssimo, são imediatamente recolhidos pelo doente, mercê do seu elevado grau de receptividade, derivado do estado físico e psíquico em que se encontra.

41. Haveremos de ter tanto cuidado com a vida intelectual e moral do doente como com a das crianças. E, assim como suscitamos nas crianças o gosto do belo e do bem, assim o deveremos fazer, com idênticos cuidados e melindres, ao doente hospitalizado. Lembremo-nos de que, por estar doente, ninguém perde o sentido do recato e do pudor. Mesmo àqueles doentes que o possuem em grau reduzido pode o hospital incutir ou reforçar os sentimentos de dignidade pessoal.

§ 3.º — Garantias à família

42. A família do doente é atingida pela doença nos seus estados afectivos, na estabilidade interna do grupo e na sua economia. Por isso pede:

- a) Respeito pelos laços de afecto;
- b) Que se evite, na medida do possível, a desagregação do grupo;
- c) Que se defenda a sua estrutura económica.

43. Pelo que respeita à manutenção e defesa dos laços de afecto familiares, deve o hospital:

- a) Facultar, em regulamentos sensatamente estudados, as visitas aos enfermos;
- b) Educar as crianças internadas e recordar aos adultos o respeito pela hierarquia familiar;
- c) Respeitar a orientação que os familiares descem dar aos problemas da vida dos doentes;

d) Receber os parentes do enfermo, de modo a dar a ilusão de que todos com o hospital formam uma família amiga e unida, em vez de se sentirem separados uns dos outros pela hospitalização.

44. Quanto à necessidade de manter a coesão do grupo familiar, devemos, além do que já foi dito no número anterior, procurar reduzir ao mínimo o internamento do doente, criando adequados serviços de assistência hospitalar domiciliária. Também, enquanto durar o internamento, entrará em acção o serviço social, para resolver os problemas que possam pôr em perigo essa coesão.

45. Finalmente, quanto à defesa económica do agregado familiar, deveremos dizer que, numa sociedade bem organizada, o seguro social cobre habitualmente o desequilíbrio proveniente da doença. Não é assim entre nós. Compelir-nos-á, por isso, movimentar o serviço social hospitalar e as instituições adequadas para atenuar, na medida do possível, o sofrimento do doente, provocado pela carência de recursos, ou pelo simples receio dela.

§ 4.º — Garantias à sociedade

46. Já se disse que os tempos deste após-guerra se caracterizam pelo alargamento dos sistemas de segurança social. As populações desejam, exigem, a certeza de que, no momento da doença, se porá em movimento todo um mecanismo que, no mais breve lapso de tempo, as porá em contacto activo com os mais recentes métodos de assistência.

47. Não deve o hospital prejudicar este sentimento geral de segurança. Pelo contrário, deverá organizar os seus serviços de urgência, ou de simples consulta ou de internamento, de forma a dar a todos a certeza de que há sempre um médico, uma enfermeira e uma cama à espera precisamente daquele doente que acaba de chegar. O «senhor que chega» é o senhor de quem todo o hospital está amavelmente à espera, a todas as horas do dia e da noite.

48. Mas não basta isso. É preciso que os serviços médicos, os administrativos, os de enfermagem e os sociais sejam de tal forma que a duração da doença se reduza ao mínimo possível. Que os meios de diagnóstico não se façam esperar; que os médicos não deixem para amanhã um doente qualquer só porque «não é coisa de urgência»; que os serviços de compras não façam atrasar, um só dia que seja, qualquer doente por falta de algum medicamento ou instrumento.

49. Sabe-se que a colectividade perde constantemente milhares de dias de trabalho, roubados pela doença e pela hospitalização. É pois, dever do hospital fazer regressar os doentes às suas actividades ordinárias o mais depressa possível.

50. Também a sociedade exige que o hospital se, por um lado, não deve regatear os meios de diagnóstico e tratamento *indispensáveis*, por outro, não deve esbanjá-los. Cada grama de medicamento, gasto por falta de estudo consciencioso e oportuno do médico, cada dia de internamento acrescentado por culpa dos serviços administrativos, são roubos feitos à colectividade em geral e em especial aos doentes que aguardam a sua vez para serem assistidos.

51. Um hospital que consiga rodear estes escolhos vulgares — tão vulgares que parecem inevitáveis — terá dado à colectividade um sentimento de segurança e confiança, indispensáveis ao conforto e bem-estar de todos.

CAPÍTULO IV

O BEM-ESTAR OU CONFORTO NOS HOSPITAIS PORTUGUESES

1. Tem Portugal antigas e honrosas tradições de assistência personalizada e integral. A concepção inicial das Misericórdias, baseava-se na prática das obras de misericórdia, tanto corporais como espirituais. O homem era então olhado na sua unidade conceitual.

2. Todos os regimentos de hospitais de que temos notícia dão curiosos

exemplos do cuidado com que se atendia às comodidades físicas e às necessidades espirituais dos doentes. Temos ainda de caminhar muito para conseguirmos renovar as velhas práticas de solícito respeito pelo pudor dos doentes, pela sua família e pela sua fazenda.

3. E o notável de tudo isto é que nesse tempo só recorriam aos hospitais os indigentes ou miseráveis, de onde é forçoso concluir que tais ideias e tais práticas eram impostas, não em homenagem à categoria social dos assistidos, mas sim por corresponderem a concepções então correntes e vulgares.

4. A ciência, no entusiasmo da sua era de ouro, esqueceu a totalidade da pessoa humana. Perdeu-se dela o conceito integral e cristão. A alma que não era encontrada pela ponta do bisturi, não existia. E surgiram então as «administrações técnicas» como lhe chamou um dos maiores administradores médicos desse tempo.

5. Situados agora numa época de revisão, temos de aceitar a situação e o espírito que herdamos, para os modificar a ambos.

6. Se podemos discutir a eficiência actual dos nossos hospitais, muito mais temos de discutir as ideias de bem-estar ou conforto que os informam.

7. Conheço directamente bastantes hospitais em Portugal. Tenho de confessar que, na sua maioria, mantêm um nível baixíssimo de instalações, de mobiliário e de serviços. É aflitiva a falta de meios financeiros. É baixa a qualidade da enfermagem. A assistência médica assegurada em regime livre e de generosa gratuitidade, não acompanhou as actuais ideias e os modernos processos da medicina hospitalar. O médico vai a correr ao hospital, muitas vezes com sacrifício da sua clientela particular, «dá o seu recado» e volta a correr para o consultório.

8. Mantêm-se salas enormes que um simples sistema de cortinas poderia tornar confortáveis. Os regulamentos que tive a curiosidade de ver só falam do que é *proibido* aos doentes, criando-lhes uma sensação angustiosa de claustro. Os médicos falam diante dos enfermos das doenças

de que estes sofrem, discutem-nas, fazem prognósticos, como se o enfermo não os estivesse a ouvir com a alma em sangue e continuam a pensar que o importante é ter toda a nova aparelhagem que vai surgindo, pois o resto «são problemas miúdos de lida caseira» que a criada ou, quando muito, a enfermeira resolverá. A administração mantém o sistema dos números pelos quais são conhecidos os pacientes, faz chamadas como para recrutas, distribui comida como a pobres que pedem à porta de casa rica, mete-se a fazer inquéritos pondo a nu todas as tragédias íntimas das famílias.

A enfermagem entregue, na melhor das hipóteses, a religiosas, não tem saber nem prestígio para conseguir que lhe alindem as salas, lhe facultem louça decente, lhes criem um serviço de ocupação de tempos livres e outras coisas do género.

9. Os órgãos superiores de administração a quem, como vimos, competia dar a orientação em tal domínio, são as Mesas, compostas de pessoas dedicadas e respeitáveis, mas não sabedoras destes princípios fundamentais.

10. Mesmo nos edificios novos, continuam a ver-se quadros de campainhas nos corredores, salas sem divisões individuais, camas não rodadas, todas as paredes caiadas de branco, etc., etc.

11. Também é verdade que o bem-estar e o conforto não se conseguem apenas com edificios ultra-modernos nem com muito dinheiro para gastar. Já disse que, fundamentalmente, o problema está na constituição e formação do pessoal. Se este tiver a chama de bem servir e for devidamente industriado, ver-se-á, como num velho edificio, surge um espírito amável e de família que envolve o doente desde a entrada até à saída, num ambiente modesto, como é modesto o da nossa habitação, mas como o desta limpo, agradável e acolhedor.

12. Suponho que, em tal situação, conviria:

1.º — Que junto dos administradores de hospitais fosse desenvolvida uma campanha de doutrinação e métodos práticos, adequados ao estilo

da vida nacional, para o melhoramento do nível de conforto nos nossos hospitais;

2.º — Que os futuros administradores, previstos no regulamento-tipo dos hospitais regionais, e os funcionários correspondentes dos subregionais fossem reunidos num curso de preparação inicial, onde além de outras matérias que para aqui não interessam, recebessem noções, eminentemente práticas, de conforto dos doentes. Este curso poderia ser feito num hospital velho que tivesse já experiências sobre a matéria, servindo assim de campo exemplificativo;

3.º — Que nos cursos de enfermagem, se desenvolva no programa de técnica, a aplicação dos ensinamentos das cadeiras teóricas relacionadas com este assunto, nomeadamente os de psicologia e noções da vida social. Que se insista na função docente da enfermeira e se especializem algumas em ocupações de doentes, de modo a poderem iniciar a escola que falta entre nós;

4.º — Quanto aos médicos, aguardemos que as Faculdades incluam nos seus quadros as tão discutidas cadeiras de psicologia e sociologia. Mas as administrações poderão pedir a compreensão dos médicos para esta campanha, tanto mais que ninguém pode, como eles, só com a sua presença e a sua voz amiga, dar ao doente sossego e calma. (Entre a redacção deste relatório, em Setembro de 1955 e a sua publicação em Dezembro do mesmo ano, foi publicado o Decreto-Lei n.º 40 360, de 20 de Outubro de 1955, que reforma o ensino médico em Portugal e introduz nele, pela primeira vez, as disciplinas de psicologia e sociologia. Rejubilemos com o facto.)

Não bastará, em meu parecer, que aquelas disciplinas venham acrescer ao elenco das matérias professadas nas Faculdades. Parece que o ensino de todas as outras, já consideradas clássicas, deverá ser informado por uma verdadeira filosofia da medicina que, quanto a nós, terá de ser a filosofia cristã ou o conceito cristão de vida.

CAPÍTULO V

PALAVRAS FINAIS

1. Ao chegar ao fim destas notas, sugeridas pelo tema do IX Congresso Internacional de Hospitais, permitirmei regressar sobre os passos andados, para afirmar de novo a natureza essencialmente activa e pessoal do conforto, da felicidade, do bem-estar.

2. Afirmarei, conseqüentemente mais uma vez, a minha descrença das soluções radicais e dirigidas a «massas». Se o hospital não «personalizar» os seus métodos, serão vãos todos os Congressos e todos os milhões que se gastarem com construções e equipamentos astronomicamente caros e maravilhosos.

3. Terminarei esta enunciação de princípios que eu próprio considero muito gerais, com a convicção de que, assente o conceito integral do homem e do seu «bem-estar», cada administrador tirará do seu engenho e da sua imaginação os processos práticos de o realizar, tendo como certo que o doente, no hospital, é mais do que *hóspede*, é verdadeiro *senhor*.

4. Permitir-me-ei transcrever as palavras de um grande médico suíço — Paul Tournier:

«Dieu a un plan pour notre vie, comme il a un plan pour le monde. Et si le monde, aujourd'hui, est malade, parce qu'il désobeit aux lois de Dieu, les hommes aussi sont malades parce qu'ils ne vivent pas selon de plan de Dieu. Aussi la tâche la plus élevée du médecin est-elle d'aider les hommes à discernir le plan de Dieu pour leur vie et à s'y conformer».

5. Poderíamos aplicar cada uma destas palavras aos hospitais e afirmar que a sua mais bela e mais alta tarefa será a de ajudar os doentes a conhecerem o plano que Deus fez a seu respeito e a realizá-lo.

6. Porém, mesmo aqueles que abstraem Deus do seu conceito de vida concordarão, por certo, comigo em que o maior bem-estar, a maior felicidade que podemos dar aos nossos doentes é dispor tudo por forma a que do hospital saiam, não só com a saúde recuperada, mas com a sua

personalidade mais rica e mais perfeita.

SEGUNDA PARTE

O IX CONGRESSO INTERNACIONAL DE HOSPITAIS

CAPÍTULO I

ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO CONGRESSO

1. Ao IX Congresso Internacional de Hospitais, reunido em Lucerna, de 30 de Maio a 4 de Junho de 1955, foi dado, depois de algumas hesitações, como tema «*o bem-estar mental do doente no hospital geral*».

2. O congresso foi organizado pela Federação Internacional de Hospitais, em ligação com a Associação Suíça de Hospitais (VESKA).

3. Os trabalhos distribuíram-se por sessões plenárias, de secção, grupos de discussão, com a ajuda das comissões permanentes de estudo e investigação.

4. As sessões plenárias foram duas: a primeira, de abertura, para ouvir os relatórios do P.^o Gemelli e do Dr. Moser; a segunda, de encerramento, para ouvir e aprovar as conclusões finais das várias secções.

5. As secções de estudo tinham os seguintes programas:

Secção I — O ambiente e o doente.

Secção II — Questões administrativas.

Secção III — Questões médicas e de enfermagem, relacionadas com a necessidade que o doente tem de confiança e segurança.

Secção IV — Relações entre os doentes e o pessoal hospitalar.

6. Os grupos de discussão distribuíram-se de harmonia com este esquema:

I — O plano directivo do hospital;

II — Pode a gestão hospitalar beneficiar das técnicas de organização industrial?

III — Influência da especialização sobre a moderna assistência hospitalar;

IV — A coordenação do hospital e dos serviços de saúde.

7. Finalmente, as comissões de estudo e investigação que funcionam permanentemente na Federação Internacional de Hospitais e trabalharam neste Congresso são:

1.º — Plano e construção de hospitais;

2.º — Administração de hospitais;

3.º — Assistência aos doentes:

a) Agudos;

b) Crónicos.

8. O Congresso reuniu mais de 500 delegados, provindos de: África do Sul, Alemanha, Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Egipto, Estados Unidos da América do Norte, França, Holanda, Índia, Inglaterr-

ra, Irlanda, Israel, Itália, Jugoslávia, Luxemburgo, Maláia, Noruega, Polónia, Portugal, Rússia, Sarre, Suécia e Suíça.

9. A delegação portuguesa foi chefiada pelo Exmo. Director-Geral da Assistência, Dr. Agostinho Pires que pessoalmente distribuiu as tarefas e indicou os pontos a estudar com maior interesse e mais aprofundamento. Incluía representantes dos Hospitais Cívicos de Lisboa, Hospitais de Santa Maria, de São João, de Santo António e da Universidade de Coimbra.

10. Na segunda sessão plenária, a Assembleia Geral votou, por unanimidade, a proposta para que o Congresso de 1957 se realizasse em Lisboa, em data e com tema a fixar oportunamente.

Vista aérea do conjunto do Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge e Escola Nacional de Saúde Pública.



CAPÍTULO II

APRECIACÃO GERAL
DO CONGRESSO

1. Um velho livro de lógica por onde uso de ler enuncia assim, uma das regras comuns a qualquer dos métodos do raciocínio analítico ou sintético:

«Define cada um dos vocábulos que tem alguma obscuridade ou ambiguidade» e que essa definição: «seja mais clara do que o definido — de outra sorte não é definição: não admita palavra alguma cuja ideia não seja clara, ou que primeiramente não seja definida. E que seja universal e própria».

2. Perdeu-se nos tempos modernos esta preocupação basilar dos métodos de pensamento. Achamos demasiadamente moroso o percurso dos vários graus da indagação, passando das ideias simples para as compostas, das conhecidas para as ignoradas, mantendo em todo o raciocínio o devido grau de evidência. Sobretudo, perdeu-se o cuidado essencial de principiar todas as discussões por definir os termos a usar nelas.

3. Foi o que aconteceu com este IX Congresso Internacional dos Hospitais. Tendo recebido como mote «o bem-estar mental do doente no hospital geral», parece que deveria ter iniciado os seus trabalhos por fixar a definição de bem-estar mental e por estabelecer o verdadeiro conceito dessa tão falada entidade, «o doente», o que, no fundo, correspondia, como já vimos, a fixar o próprio conceito de «homem».

4. E isto que parece academismo não o é. Foi com tristeza que ouvimos falar de «bem-estar mental», «bem-estar moral», «bem-estar espiritual e intelectual», como se fossem expressões com idêntico conteúdo de pensamento, sem o serem.

5. Também não foi averiguado como fizemos nós nas páginas anteriores se o tema dado era logicamente possível: seria lógico falar-se de «bem-estar» referido precisamente a um ser humano *doente*, isto é atingido pela dor?

6. Só depois de resolvidas estas questões prévias, se poderia estudar:

a) em que medida e quais os processos de aplicação geral é comum para suscitar o bem-estar de *todos os doentes*;

b) quais os processos que poderão e deverão ser utilizados para promover o bem-estar de *cada doente*, considerado através dos seus traços diferenciais.

7. Reconheço que havia de ser coisa difícil essa de pôr de acordo aqueles quinhentos e tantos congressistas, senhores das mais diversas formações, acerca dos problemas de tal ordem. A não serem as premissas ditas previamente pelo conselho executivo do Congresso, o melhor foi realmente fazer delas o que na verdade se fez — tábua rasa.

8. Também se fez notar a omissão das regras de bem-estar para os doentes assistidos em tratamento de urgência ou avulso e bem assim os de assistência domiciliária, modalidade cada vez mais usada.

9. Finalmente um dos reparos que podem fazer-se ao Congresso foi o medo de pôr certas questões de ordem religiosa, sem dúvida importantes nesta questão de bem-estar ou conforto dos enfermos.

Consta que os capelães presentes se reuniram particularmente, discutiram, à porta fechada, os aspectos que mais directamente os interessava. Mal foi que o ambiente do Congresso, criado por forma a não melindrar os representantes de governos oficialmente ateus, cortasse praticamente a discussão pública das questões religiosas, relacionadas com o tema central.

10. Mas o Congresso teve méritos reais, a saber:

1 — Debruçou-se sobre o problema dos verdadeiramente cruciais na ciência hospitalar;

2 — Reuniu sobre ele abundante e preciosa documentação, mais para ser lida e consultada em casa, do que discutida de improviso nas sessões oficiais;

3 — Formulou directivas que, dentro do valor que lhes pode ser concedido, constituem indicações de maior interesse;

4 — Acima de tudo, venceu bem profundamente, pela voz dos

médicos, das enfermeiras, das assistentes sociais, dos administradores e dos dirigentes da assistência ali presentes, o renovado conceito de hospital, instituição destinada a receber, tratar e melhorar o doente no seu complexo corporal e espiritual.