
Qualidade na saúde: Dificuldades inerentes à diversidade étnica, cultural e religiosa

Sandra Feliciano

Introdução

A qualidade na saúde é um tema complexo, o qual dificilmente pode ser compreendido em toda a sua amplitude sem definir claramente os conceitos envolvidos, conhecer a deontologia que rege a prática clínica e caracterizar a população alvo dessa prática.

Falar de qualidade na saúde, no caso português, torna-se ainda mais complexo, dadas as profundas alterações que este país tem sofrido nas últimas décadas: Tradicionalmente um país de emigração, Portugal tem vindo a tornar-se num alvo apetecível de imigração, o que provocou uma acentuada mudança no seu tecido social. Ao acolher cidadãos oriundos dos cinco continentes, a sociedade portuguesa cosmopolizou-se, estando hoje mais próxima do esplendor da diversidade étnica, cultural e religiosa que caracteriza a chamada “aldeia global”.

Paralelamente às inegáveis vantagens em termos de desenvolvimento e amadurecimento humano em todas as suas vertentes, esta abertura social acarreta também desafios importantes: Quanto mais diversificado o tecido social em termos étnicos, culturais e religiosos, maior o espectro das necessidades e expectativas dos cidadãos, sendo a capacidade de lhes dar uma resposta eficaz, uma responsabilidade da qual não nos podemos alhear, principalmente na área da saúde, a qual é, pela sua natureza, uma área sensível para todos os intervenientes.

Neste contexto, o objectivo deste trabalho é o de alertar para esta problemática e para a necessidade de se efectuarem estudos aprofundados que permitam não só o levantamento exaustivo das dificuldades inerentes a esta nova realidade social, bem como o das suas reais e potenciais consequências, condição sine qua non para promover uma análise consciente, capaz de conduzir ao encontro de soluções eficazes.

Problemática

De que falamos, quando falamos em saúde e quando falamos em qualidade? E de que falamos, quando tentamos unir estes dois conceitos num só, ou seja, quando falamos em qualidade na saúde?

Segundo a organização mundial de saúde (OMS) [1], saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade ou doença. Ao integrar estas três facetas da vida humana – física, mental e social – o conceito de saúde é já de si amplo e complexo, sendo a sua complexidade acentuadamente exponenciada quando o fazemos interagir com o conceito de qualidade. Senão vejamos: A International Organization for Standardization (ISO) [2] define qualidade como o grau de satisfação de requisitos dado por um conjunto de características intrínsecas. Tomando em consideração que um requisito é uma necessidade ou expectativa expressa, geralmente implícita ou obrigatória [3], e que a mesma organização fez ainda questão de notar, relativamente a esta definição, que a expressão “geralmente implícita” significa que é costume ou prática comum [4] e que os requisitos podem ser originados por diferentes partes interessadas [5], “qualidade na saúde” será um conceito que necessitará de integrar e harmonizar as diferentes necessidades ou expectativas das diferentes partes interessadas, quanto ao seu completo bem-estar físico, mental e social.

Aparentemente mais claro, assim estratificado, o conceito mantém-se ainda indubitavelmente complexo, dada a natureza subjectiva dos seus componentes:

Em primeiro lugar, quem são as partes interessadas? São todos os intervenientes – directos e indirectos - no processo: Os pacientes; os profissionais de saúde aos mais diversos níveis (incluindo os profissionais de outras áreas técnicas que exerçam a sua actividade ou detenham responsabilidades em ambientes relacionados de alguma forma com a área da saúde);

e os familiares e o grupo social de todos os anteriormente mencionados. Em suma, as partes interessadas somos todos nós - A sociedade.

Em segundo lugar, o que pode ser considerado, consensualmente, de “completo bem-estar físico”? A ausência de doença? De dor? De desconforto? O que causa desconforto fora do âmbito da doença e da dor? Fome? Sede? Outras necessidades, de natureza fisiológica, não satisfeitas? E em que grau, as sensações de desconforto, resultantes dessa insatisfação, podem ser consideradas ausência de bem-estar físico e, conseqüentemente, ausência de saúde?

Começamos a entrar no terreno da subjectividade, e ainda não saímos do plano físico. Que dizer então dos conceitos de “completo bem-estar mental” e “completo bem-estar social”? Ousando ir mais além, será possível ao indivíduo usufruir de algum destes tipos de bem-estar, de forma completa, sem o amparo dos outros dois? Ou existirá uma subtil, mas inegável, relação de interdependência entre eles? Mais: Serão os territórios do bem-estar físico, mental e social os únicos responsáveis pela saúde do indivíduo, ou haverão mais intervenientes neste complexo processo, ainda mantidos na obscuridade científica e conceptual?

Diversos estudos [6][7], apontam pelos menos para mais um interveniente de peso: A Espiritualidade.

Segundo Mueller, Plevak e Rummans [6] a maioria dos pacientes tem alguma forma de vivência espiritual e considera a sua saúde espiritual e a sua saúde física, como igualmente importantes. Referindo a possibilidade das necessidades espirituais dos indivíduos serem maiores durante os períodos de doença, os mesmos autores concluíram [6], através da análise comparativa de vários estudos publicados sobre esta temática, que a espiritualidade e o envolvimento religioso estão associados com melhores prognósticos de saúde, incluindo maior longevidade com manutenção de faculdades, mais autonomia e melhor qualidade de vida, mesmo durante doenças terminais; menos ansiedade, depressão e suicídio; e que atender às necessidades espirituais dos pacientes pode potenciar a recuperação da doença.

Outros estudos [7] mais específicos, têm vindo a demonstrar o efeito da religião sobre a saúde em áreas tão diversas como a melhoria dos prognósticos em doentes internados em unidades de tratamento de doença coronária, após terem sido introduzidos períodos de oração na sua rotina; a aceleração do processo de recuperação de problemas de ansiedade em pacientes de credo islâmico, quando sujeitos a psicoterapia de base islâmica; e os aparentes benefícios da actividade religiosa sobre problemas de pressão arterial elevada, função imunitária, depressão e mortalidade.

Será oportuno introduzir, neste momento, uma curiosidade: Em 1999, a 52ª Assembleia Mundial de Saúde propôs que a definição de saúde na constituição da OMS fosse emendada, passando a ter a seguinte redacção [8]: Saúde é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual e não apenas a ausência de enfermidade ou doença.

Na minha opinião, a introdução dos termos “espiritual” e “dinâmico” na definição do conceito de saúde, viria não só reconhecer merecidamente a importância da espiritualidade do indivíduo nesse âmbito, como fundamentar, em termos teóricos, a natureza “ondulante” da relação de interdependência entre as diversas facetas da vida humana que compõem o conceito de saúde e de cujo frágil equilíbrio depende a qualidade desta.

Embora não existam, aparentemente, registos comprovativos da sua aprovação, esta redacção alternativa da definição do conceito de saúde foi já adoptada em alguns meios clínicos, o que indicia uma mudança nas mentalidades dos meios científicos, os quais parecem estar, finalmente, a trocar a anterior postura de conservadorismo paralisante por uma corajosa e prometedora postura, mais *open-minded*, face à relação ciência/religião e à aceitação dos óbvios benefícios, para a humanidade, da integração harmoniosa destes dois territórios há tanto tempo separados.

Neste contexto, que dificuldades se podem levantar, em termos de qualidade na saúde, numa sociedade multi-étnica, multi-cultural e multi-religiosa?

Em termos abstractos, é óbvio: Quanto mais diversificado o tecido social, mais amplo o espectro das necessidades e expectativas dos cidadãos que o compõem e mais complexo se torna responder eficazmente a todas e de forma consensual.

Em termos objectivos, interessa caracterizar a diversidade social, as diferentes necessidades e expectativas inerentes a cada secção, perceber onde é que estas se antagonizam e

de que forma são geridos os conflitos, no contexto - organizacional, deontológico e legislativo vigentes - onde se inserem.

Foi objecto deste trabalho efectuar uma primeira aproximação às dificuldades inerentes a esta nova realidade social cosmopolita, tentando perceber, numa bordagem informal, se em interacção diária nos serviços de saúde portugueses, cidadãos de diferentes etnias, culturas e credos religiosos, levantam ou não, dificuldades a uma prática clínica de qualidade; qual a tipologia dessas dificuldades; como são geridas; que tipo de sentimentos despertam; e qual o potencial impacto, em termos de saúde mental, para os envolvidos.

Método

A metodologia utilizada foi a entrevista oral informal e a amostra dividida em dois grupos, correspondendo cada um deles a uma das fases do estudo efectuado: Na primeira fase, para levantamento das situações de dificuldade vivenciadas no terreno, foi entrevistado o Grupo 1, constituído por 30 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e farmacêuticos) exercendo funções em ambiente hospitalar; Na segunda fase, foi entrevistado o Grupo 2, constituído por 3 psicólogos, que analisaram os resultados da primeira fase e deram o seu parecer técnico quanto ao impacto sobre a saúde mental dos intervenientes nas situações de dificuldade e conflito descritas.

Resultados

Resultados da 1ª Fase

Por uma questão de clareza expositiva, os resultados das entrevistas da 1ª fase foram agrupados pela sua tipologia e organizados sob a forma de casos:

Caso 1: Os Romani¹ e as visitas a internados

A etnia cigana, em virtude das suas famílias numerosas e postura tendencialmente anárquica relativamente à aceitação de regras impostas fora da organização e hierarquia do seu grupo, gera algumas dificuldades de gestão de visitas a internados, por oposição ao limite de visitas imposto pelas normas internas dos hospitais.

Esta questão gera situações mais curiosas/caricatas do que graves ou difíceis de gerir – por exemplo, entrada não autorizada de visitas; visitas que se escondem debaixo da cama dos doentes à entrada dos profissionais de saúde e situações similares – e a forma habitual de gestão da situação passa por identificar o líder do grupo e dialogar apenas com ele, explicando-lhe a necessidade do cumprimento das normas internas do hospital. Uma vez conseguida a colaboração do líder, este encarrega-se de que as normas sejam cumpridas pelos restantes membros do grupo.

Não foram referenciados quaisquer sentimentos negativos gerados por este tipo de situações. Os entrevistados mostraram-se familiarizados com as mesmas, as quais aprenderam a gerir com relativa facilidade através do uso da diplomacia e alguma boa disposição.

Caso 2: Comunicar com imigrantes do leste europeu

O número acentuado de cidadãos oriundos de países da Europa de leste que tem dado entrada no nosso país em busca de melhores condições de vida, muitas vezes em condições precárias e sem um conhecimento prévio da língua portuguesa ou de qualquer outra língua europeia que lhes facilite a comunicação com os profissionais de saúde portugueses (inglês, francês ou espanhol) levanta dificuldades ao diagnóstico e tratamento dos seus problemas de saúde.

¹ Indivíduos de etnia cigana

A situação foi referenciada como preocupante, e a forma de gestão da mesma é diversificada e passa pela criatividade e boa vontade dos intervenientes: Para além do recurso a linguagem gestual informal, há casos em que os próprios doentes se fazem acompanhar de um intérprete (normalmente um compatriota que já detenha alguns conhecimentos da língua portuguesa); há casos em que a própria unidade hospitalar tem, nos seus quadros, profissionais de saúde da mesma nacionalidade, os quais são amiúde afastados das suas funções clínicas para servirem de intérpretes; há casos em que, por repetição da situação, os próprios profissionais de saúde já conhecem algumas palavras da língua dos pacientes; e foi ainda referenciado um caso de uma médica ginecologista de um hospital do norte, que tem estado, por sua iniciativa e com a ajuda das suas pacientes, a construir um léxico “Português - várias línguas do leste europeu”, de sintomatologia ginecológica, para lhe servir de apoio durante as consultas.

Os sentimentos referenciados pelos entrevistados perante esta situação foram a empatia para com os pacientes (pensam como se sentiriam, se estivessem doentes e num país estrangeiro e sem conhecer a língua); a frustração (querem ajudar e não sabem como; perdem muito tempo com o esforço de comunicar e ficam com o serviço todo atrasado e os outros doentes à espera de vez); e insegurança (medo de mal entendidos; medo de erros de diagnóstico e de tratamento, etc.).

Caso 3: A falta de formação

Esta primeira situação, relatada por um dos entrevistados, para além de ter tido consequências muito graves, é paradigmática do desafio que enfrentam as sociedades multiculturais e do extremo a que se pode chegar quando este desafio não é encarado com responsabilidade: Recentemente, numa unidade de cuidados intensivos (UCI) de um hospital português, sucederam-se, e de forma invulgar, as mortes de diversos pacientes. Não sendo a morte uma situação invulgar no ambiente de uma UCI, a invulgaridade ficou a dever-se às circunstâncias das mesmas: Estas ocorriam sempre ao mesmo dia da semana e ao paciente que estivesse numa determinada cama da unidade. Numa tentativa de perceber a razão dos estranhos óbitos, a administração do hospital mandou instalar uma câmara de vídeo na unidade, a qual revelou que a nova profissional responsável pela limpeza daquela unidade, enviada pela empresa subcontratada para assegurar os serviços de limpeza do hospital, desligava o ventilador da corrente eléctrica para ligar o aspirador, voltando depois de aspirado o espaço da unidade, a ligar o ventilador. Por muito incrível que possa parecer à maioria de nós - educados que fomos num meio social que nos garantiu um mínimo de conhecimentos de cultura geral e nos treinou a mente de forma a sermos capazes de raciocinar indutiva e dedutivamente - a profissional em questão não tinha a mínima consciência das consequências do seu acto.

Os sentimentos referenciados pelos entrevistados perante esta situação foram de perplexidade e incredulidade (“parece impossível que possa acontecer uma coisa destas no século XXI”, etc.).

Ainda na temática da falta de formação, e embora fora do âmbito da entrevista, uma vez que não tem por base diferenças étnicas, culturais ou religiosas, foi referenciada outra situação, felizmente sem consequências práticas graves, mas que, pela sua natureza, não deixa de ser digna de registo e, no mínimo, preocupante em termos do seu potencial significado no âmbito da qualidade de formação/preparação técnicas dos responsáveis pelos serviços de saúde Portugueses: Nas suas primeiras semanas de cargo, o administrador delegado de uma unidade hospitalar especializada em oncologia, foi responsável pela criação de duas situações que, embora reais, rapidamente se tornaram verdadeiras anedotas no meio, dada a natureza caricata das mesmas.

Na primeira, após analisar as contas do hospital referentes ao ano anterior, este profissional apresentou-se sinceramente indignado numa reunião de direcção, na qual solicitou, aos presentes, esclarecimentos que justificassem o facto de naquela unidade hospitalar, o valor despendido em medicamentos antineoplásicos² representar 75% do custo total despendido em

² Medicamento que destrói neoplasmas ou células malignas, que evita ou inibe o crescimento e a disseminação de tumores

medicamentos, situação que considerava incompreensível e inaceitável à luz da sua grande experiência em gestão hospitalar, a qual indicava que este grupo de medicamentos nunca ultrapassava a percentagem de 25% do valor total despendido em medicamentos.

Na segunda situação, o mesmo gestor indeferiu, por escrito, um pedido de uma das UCI da mesma unidade hospitalar, para a substituição de três ventiladores, com o argumento de que não via qualquer justificação para o pedido, uma vez que na semana anterior tinha pessoalmente visitado a unidade, tendo constatado que o ar condicionado funcionava bem. Os sentimentos referenciados pelos entrevistados perante esta situação foram de vergonha e injustiça social (“no lugar dele já me tinha despedido”, “neste país é só “tachos””, etc.).

Caso 4: As Testemunhas de Jeová³ e a questão do sangue

A interpretação que as Testemunhas de Jeová fazem da bíblia cristã, não lhes permite dar nem receber sangue. Embora hoje em dia existam metodologias médicas que permitem cirurgias praticamente sem perda de sangue - através do recurso a medicação coagulante - bem como alternativas às transfusões de sangue nesse e noutro tipo de actos médicos - através do uso de expansores de plasma - o recurso a esses métodos, como opção pessoal do cidadão, não está devidamente implementado, de forma sistematizada, nos serviços de saúde, pelo menos não de forma simples e funcionalmente eficiente, o que sujeita os pacientes a grandes complicações burocráticas, a despesas adicionais, e principalmente, às opções pessoais, espírito de colaboração e boa vontade dos profissionais de saúde.

Neste contexto, foram referenciadas várias formas de gestão da situação, consoante a sua natureza clínica: Nos casos de urgência, em que por ausência de consciência do paciente, os médicos não tem acesso à informação da sua crença, é-lhes sempre ministrado sangue, caso essa necessidade surja; ainda nos casos de urgência, mas quando o próprio paciente, a sua família ou a sua documentação (que pode incluir um documento de desresponsabilização dos médicos pelas consequências da sua opção), informam desse facto os médicos, salvo nas raras excepções em que o médico responsável pela situação também partilhe da mesma crença religiosa ou esteja pessoalmente sensibilizado para ela (normalmente por ter familiares que a partilham), a opção do paciente não é respeitada, sendo-lhe ministrado sangue à revelia, sendo a informação desse acto muitas vezes omitida ao paciente. Nas situações de cirurgia planeada, onde se prevê o risco de perda de sangue justificativa de transfusão, a opção por metodologias médicas alternativas – medicação coagulante e expansores de plasma – está dependente das autorizações formais do cirurgião e do director do serviço, quando não do próprio director da unidade hospitalar, o que sujeita o paciente a solicitá-las por escrito e aguardar os pareceres positivos de todos, condição para que possa adquirir, a expensas suas, os respectivos produtos na farmácia interna do hospital⁴.

Foi referenciado que as situações de indeferimento destes pedidos, têm, invariavelmente, como consequência, a “fuga” do paciente, no sentido da sua não comparência na data da cirurgia e que se supõe que estes iniciem novo processo clínico noutra unidade hospitalar.

Relativamente aos sentimentos gerados por este tipo de situações, os entrevistados referiram um misto de culpa (não acham correcta a omissão dos actos efectuados à revelia; preocupa-os a fuga dos pacientes pelas potenciais consequências do adiamento das cirurgias sobre o seu estado de saúde), incompreensão (não compreendem a natureza das crenças e têm dificuldade em se empatizar com os pacientes e as suas opções), indiferença de tipo defensivo (“se não querem ser tratados não os podemos obrigar”), e receios do foro legal (“eu é que não vou arriscar a carreira passando por cima da deontologia para lhes fazer as vontades”; “ainda me

³ Embora a questão da recusa de sangue se tenha tornado num clássico associado a esta crença religiosa, parece-me importante fazer notar que ela é mais abrangente, uma vez que existe actualmente um número significativo de cidadãos que recusam sangue por opção individual de fundamentação não religiosa

⁴ Os expansores de plasma só se encontram disponíveis em farmácias hospitalares, não sendo possível adquiri-los numa farmácia pública

morre algum nas mãos e depois ainda levo com um familiar a pôr-me um processo em tribunal”, etc.).

Resultados da 2ª Fase

Os psicólogos entrevistados debruçaram-se sobre os potenciais impactos em termos de saúde mental para os intervenientes nas situações descritas nos casos 2 e 4, em virtude dos restantes não apresentarem muita matéria, dada a sua natureza excepcional (caso 3) ou ausência de gravidade (caso 1). Assim, das suas reflexões surgiram os seguintes pareceres técnicos:

Enquadramento geral

A generalidade dos seres humanos responde com agressividade quando se sentem frustrados (por exemplo, por terem a sua vida normal interrompida, bem como os seus projectos, esperanças e desejos); quando sentem dor e sofrimento físico ou psicológico; ou quando sentem o seu território invadido (à semelhança dos animais, com a particularidade de, no nosso caso, este não se limitar ao domínio do corpo, mas incluir ainda o território simbólico das crenças).

Neste contexto, qualquer situação de doença e principalmente de internamento, é geradora de agressividade, dúvidas e angústias. Como agravante, de entre aquelas que são consideradas as grandes vivências humanas difíceis – Sofrimento, Vivência do Absurdo, Isolamento e Confronto com a Morte – a situação de internamento contém, amiúde, a presença de todas elas em simultâneo, pelo que facilmente se compreenderá que não corresponde a um quadro nada fácil de gerir em termos emocionais. Agravado com dificuldades linguísticas ou de invasão e desrespeito do território da crença, o grau de stress e potencial traumatizante aumenta, e por consequência aumenta também o risco de aparecimento de perturbações de ansiedade e pânico, estados depressivos e até psicóticos, principalmente se estiverem já latentes no indivíduo. As possibilidades de surgirem actos impulsivos auto ou hetero agressivos é também claramente maior.

Como factores atenuantes, foram referenciados, em ambos os casos (2 e 4), o conhecimento prévio das dificuldades que os espera nos serviços de saúde (embora este conhecimento prévio nem sempre seja realista) e, no caso 4, o apoio do seu grupo social/religioso.

Potenciais impactos em termos de saúde mental para os pacientes do caso 2

- Sentimentos de desamparo e desintegração;
- Sentimentos de insegurança quanto ao correcto diagnóstico, tratamento e capacidade de solicitar e obterem ajuda em situação de urgência ou se o seu estado piorar;
- Menor capacidade de colaboração com o tratamento por fraca compreensão das razões e tipologia do mesmo;
- Evolução clínica favorável por vezes comprometida pelo baixo nível de expectativas relativamente ao correcto diagnóstico e tratamento;
- Sentimentos de marginalização, fragilização e revolta, pelo facto de estarem sujeitos a condições diferentes de outros estrangeiros com maior poder económico e protecção (por exemplo, detentores de seguros internacionais de saúde que lhes permitem mobilidade geográfica)
- Escasso sentimento de pertença, provocado pela sensação de que este país não os assume como cidadãos igualitários, pode propiciar o terreno ao desenvolvimento de actividades marginais tais como a exploração, o logro ou afins, daqueles que afinal não passam de “outros” em cujo país se encontram e que os utilizam como mão-de-obra barata mas não protegem ou assumem de facto, sendo para cúmulo, muitas vezes menos qualificados que eles;

Potenciais impactos em termos de saúde mental para os profissionais de saúde do caso 2

- Dissonância cognitiva (facilmente atenuada pelas várias justificações disponíveis);
- Sentimentos de impotência e incapacidade;
- Aumento do stress motivado pela dificuldade de diagnóstico e de recolha de elementos num plano de tratamento, bem como em assegurar-se dos dados que permitem acompanhar a evolução terapêutica.

Potenciais impactos em termos de saúde mental para os pacientes do caso 4

- Sentimentos de humilhação e incompreensão;
- Sentimento de inferioridade pelo desinteresse dos profissionais de saúde;
- Sentimentos de desconfiança e revolta (relativamente a um sistema de saúde de que dependem, mas não os respeita);
- Sentimentos de necessidade de secretismo e mentira (quanto a sintomas e quadros clínicos);
- Sentimentos de isolamento, exclusão e desvalorização perante os seus pares (não só da sociedade em geral como do seu próprio grupo por não terem respeitado os códigos – nos casos de transfusão à revelia);
- A relação com o próprio corpo pode sair bastante afectada dos casos de transfusão à revelia, pois de acordo com as suas crenças, passa a ser encarado como algo de impuro, já que nas suas veias passa a circular algo que não devia lá estar e que compromete de forma irreversível a sobrevivência da alma na eternidade;
- Se a crença religiosa for suficientemente forte poderão surgir sintomas dissociativos ou ideação suicida – provavelmente censurada pela crença religiosa – o que os deixa numa situação ainda maior de ambivalência, impotência e paralisados;
- Comportamentos agressivos ou de auto-agressão – parcialmente dissimulados, parcialmente conscientes;
- Depressão, por consequência da repressão

Potenciais impactos em termos de saúde mental para os profissionais de saúde do caso 4

- Dissonância cognitiva (facilmente atenuada por muitas justificações disponíveis);
- Animosidade e menor investimento num doente “que não quer ser tratado” e “lhe dificulta tanto o trabalho”;
- Problemas de consciência e dúvidas filosóficas pela toma autónoma de decisões contrárias à vontade dos pacientes;
- Sentimentos de insegurança;
- Aumento do stress derivado da sobrecarga emocional.

Conclusão

Este trabalho veio demonstrar que, e à semelhança do que já haviam alertado Kemper e Barnes, relativamente à realidade norte-americana [9], quer seja ou não aparente, a diversidade cultural e espiritual existe em muitos encontros clínicos, tanto com pacientes como com colegas, podendo obscurecer outras questões, contribuir para mal entendidos na comunicação ou formas inadequadas de a efectuar e afectar as escolhas terapêuticas e de estilo de vida, pelo que reflectir

sobre a forma como o passado cultural, as crenças religiosas e as medicinas alternativas⁵ afectam profissionais de saúde e pacientes, poderá enriquecer, clarificar, aprofundar e melhorar a eficácia da prática clínica.

Esta reflexão, para ser informada e consciente, necessitará de ter por base os resultados de um estudo extenso com uma amostra alargada e representativa das minorias étnicas, culturais e religiosas presentes na sociedade portuguesa, que permita dar voz activa a todas, principalmente àquelas cuja tradição é passiva por natureza – como por exemplo, o caso dos Budistas Tibetanos, que embora não referenciados pelos entrevistados neste estudo, também sentem sérias dificuldades de integração da sua prática religiosa com a prática clínica clássica, no que respeita ao período de fim de vida: De acordo com a tradição Budista Tibetana, existe um intervalo de tempo, após a morte biológica ou física do indivíduo, até à libertação da sua consciência. Neste período, que pode demorar de algumas horas a alguns dias, o corpo não deve ser tocado ou transferido, sob risco de alterar esse processo e de poder causar desconforto ou mesmo sofrimento ao indivíduo, pelo que qualquer procedimento invasivo deveria ser evitado, o que se torna praticamente impossível de assegurar actualmente, principalmente nos casos em que o óbito ocorre em ambiente hospitalar.

A questão da morte é, aliás, de pertinente discussão em termos ético-sociais, no âmbito da organização dos serviços de saúde. As sociedades modernas fizeram desaparecer a morte das casas, do seio familiar e transferiram-na para os hospitais, transformando-a num acontecimento sobretudo solitário, e os próprios profissionais de saúde nesta fase de doença terminal desinvestem no doente porque os hospitais não estão vocacionados para lidar com a situação de morte [10]. Para Parkes [11], morrer é um acontecimento social que diz respeito não só ao moribundo, mas também à sua família e aos que o rodeiam, a tal ponto que se pode dizer que a afecção mortal invade a família, já que se os tormentos do doente terminarem a curto prazo, os tormentos dos seus próximos encontram-se no início. Ou como clarifica Gomes [10], se para o que morre é a experiência derradeira de um percurso de vida, a última crise de desenvolvimento, a morte também é uma crise para os que ficam, crise de mudança que pode permitir o desenvolvimento mas também pode fazer adoecer. Sendo um processo que embora biológico se constrói cultural e socialmente [12], cada cultura determina e modela o processo de morte. Os cerimoniais, os ritos e todos os elementos simbólicos com que a sociedade assinala os momentos de transição no ciclo da vida permitem reduzir e controlar a angústia que esses momentos geram [10], pelo que se as instituições de saúde estiverem preparadas para respeitar e atender pronta e serenamente a essas necessidades, poderão proporcionar mais conforto e qualidade ao fim de vida do doente terminal e minimizar os riscos de impacto negativo sobre a saúde dos familiares em luto.

Dada a natureza pertinente dos casos levantados num estudo tão informal e com uma amostra tão pequena como este, e a tendência cada vez mais cosmopolita da sociedade portuguesa, não restam grandes dúvidas perante a necessidade de uma intervenção urgente sobre esta área.

Sente-se que existe vontade das diversas partes envolvidas em mudar o estado da situação, até porque estão todas a ser significativamente lesadas, inclusivamente ao nível da sua saúde mental, o que constitui um verdadeiro paradoxo perante o conceito de saúde vigente: Assegura-se o bem-estar físico do indivíduo, mesmo que isso implique o sacrifício do seu bem-estar mental e social. E caso a anteriormente referida proposta de emenda à definição do conceito de saúde seja aprovada, este paradoxo tornar-se-á ainda maior, uma vez que se lhe terá de acrescentar o sacrifício do bem-estar espiritual e do equilíbrio da relação dinâmica entre os diversos tipos de bem-estar.

Embora os profissionais de saúde defendam que a primazia dada ao bem-estar físico dos pacientes, se baseia nos princípios da deontologia médica vigente, essa análise parece resultar de um deficiente conhecimento da amplitude do conceito de saúde, da má interpretação do texto

⁵ Embora não referenciada neste trabalho, a abolição do preconceito relativo às medicinas alternativas é de elevado interesse, não só pela prevenção de situações de terapêutica simultânea dos dois sistemas (convencional e alternativa) sem conhecimento de nenhum dos médicos responsáveis, como ainda pelos benefícios que a integração, ou pelo menos a comunicação entre ambos, pode trazer em termos da qualidade global dos cuidados de saúde prestados em Portugal.

ou dificuldades de inter-relacionamento entre os diversos artigos do código deontológico. Na realidade, este refere claramente, no seu artigo 41º [13], o dever do respeito escrupuloso pelas opções religiosas, filosóficas ou ideológicas e interesses do doente, não obstante ser complexa, na prática, a interacção deste princípio com outros do mesmo código (art. 33º e art. 4º) [13], que referem, respectivamente, o dever do médico de tomar decisões baseadas unicamente na sua ciência e consciência, não podendo ser subordinado a orientação técnica e deontológica de estranhos à profissão médica, no exercício das suas funções clínicas.

Da mesma forma, também os receios de foro regulamentar/legal apontados pelos profissionais de saúde no caso 4, aparentam ser infundados: O código deontológico refere, no seu art. 47º, que apesar do médico dever guardar respeito pela vida humana, não é considerado eutanásia a abstenção de qualquer terapêutica não iniciada, quando tal resulte de opção livre e consciente do doente ou do seu representante legal [13]. A Base XIV da Lei de Bases da Saúde [14], refere, por seu lado, o direito dos doentes de receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, bem como o seu direito à informação sobre o seu estado e alternativas de tratamento e dos direitos a reclamar e apresentar queixa pela forma como são tratados e a receber indemnização por prejuízos sofridos. Finalmente, o art. 156º do código penal [14], revela que a realização de intervenções ou tratamentos sem consentimento do paciente é punida com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa. Mesmo o texto das excepções à aplicação da pena, especifica que, nos casos em que o consentimento tiver sido dado para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar-se outro diferente por se ter revelado imposto pelo estado dos conhecimentos e da experiência da medicina como meio para evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde; esta só não é aplicada se não se verificarem circunstâncias que permitam concluir com segurança que o consentimento seria recusado. Será essa a razão pela qual os médicos omitem as transfusões de sangue efectuadas a pacientes Testemunha de Jeová? Ou trata-se apenas de desconhecimento e dificuldade dos profissionais de saúde em fazer a articulação entre códigos, regulamentos e leis?

Paradigmática da ineficácia da actual redacção do código deontológico quanto à sua tentativa de protecção dos interesses e autodeterminação de médicos e de doentes em simultâneo, é a situação de impasse que pode ser gerada, no terreno, se tentarmos, academicamente, inter-relacionar alguns dos seus artigos⁶ [13]: Se por um lado o médico deve respeitar as opções do doente e praticar actos médicos com o seu consentimento, por outro, não deve submeter-se a orientação de estranhos à sua classe profissional, devendo ser autónomo nas suas decisões clínicas e responsável pelos seus actos, razão pela qual, e legitimamente, pode abster-se de praticar aqueles que forem contrários à sua consciência. Não obstante, a possibilidade de recusa de assistência a um doente está condicionada à existência de outro médico que assegure a continuidade dos cuidados de saúde. Resta-nos a questão, também académica, mas pertinente: Na inexistência de outro médico que aceite praticar os actos recusados pelo primeiro, a continuidade da assistência prestada ao doente é assegurada por quem e traduzida em que actos médicos? Os que estão de acordo com a consciência do médico ou com a vontade e consentimento do doente?

Na opinião de Esperança Pina [14], embora o consentimento-informado seja um dos progressos mais importantes da ética médica contemporânea, pois transforma o doente numa pessoa livre e responsável, capaz de assumir conscientemente a sua doença e o seu tratamento, aceitando, recusando ou escolhendo, quando tal for possível, uma das várias opções que lhe são oferecidas, na prática surgem, indiscutivelmente, conflitos entre os princípios de beneficência e de autonomia.

Segundo Filipe [15], o respeito pelo paciente traduz-se no reconhecimento de que este tem direito à autonomia e a doutrina sobre o consentimento informado deve assentar no princípio de que cada ser humano tem direito a decidir sobre si e a sua situação, de acordo com os seus próprios valores e objectivos. O mesmo autor [15] refere ainda que esta doutrina deve encontrar o seu melhor eco numa relação de confiança e comunicação entre doentes e profissionais de saúde, se quisermos garantir a melhor base para uma terapêutica serena e eficaz.

⁶ Inter-relacionamento entre os artigos 4º, 30º, 33º, 35º, 36º, 37º e 38º.

Como se pode verificar, a problemática levantada neste trabalho é, não apenas complexa na sua natureza, mas também na sua resolução, na medida em que exige mudanças atitudinais e organizacionais, e clarificações conceptuais, deontológicas, regulamentares e legislativas. O Plano Nacional de Saúde [16] em vigor, não a contempla, de forma específica e aprofundada, e não obstante o conteúdo admirável da carta de direitos e deveres dos doentes, publicada pela Direcção Geral de Saúde [17], muito há ainda a fazer para que, no palco das operações, os actores - que afinal somos todos nós - estejamos claramente conscientes que, no âmbito da prestação de cuidados de saúde, e como refere Esperança Pina [14], nem tudo o que é possível deve ser feito, de modo a evitar uma multiplicação exagerada dos excessos do tecnicismo científico, se desejarmos humanizar a pragmática da clínica.

Não obstante, e porque não podemos deixar que a complexidade faça paralisar a iniciativa, sugere-se, como forma de operacionalização desta, a criação de um grupo de trabalho, sob a tutela do ministério da saúde, que, numa primeira fase, e tendo por base dados actualizados de caracterização do tecido social Português, vá ao terreno efectuar um inventário exaustivo das condicionantes étnicas, culturais e religiosas face à prática clínica clássica e das necessidades e expectativas específicas de cada secção; numa segunda fase, promova o diálogo franco e despido de preconceitos, entre as diversas partes, por forma a negociar a aproximação das diferenças e a alcançar os consensos possíveis; numa terceira fase, liste e proponha as necessárias rectificações deontológicas, legislativas e regulamentares necessárias; e numa quarta fase, informe, forme, apoie e supervisione no terreno, a implementação da mudança organizacional e atitudinal no sistema de saúde Português.

Paralelamente a este trabalho de fundo, sugerem-se ainda algumas medidas de resposta imediata a algumas das dificuldades referenciadas:

- A disponibilização de dicionários bilingues nos serviços de urgência e consulta externa dos hospitais e nos centros de saúde;
- A criação de um código simbólico de queixas e sintomas;
- Contratação de intérpretes que disponibilizem tradução simultânea nos serviços de urgência e consulta externa dos hospitais e nos centros de saúde;
- Definição dos requisitos mínimos em termos de competências e cultura geral dos subcontratados que desenvolvem funções no meio hospitalar;
- Desenvolvimento e implementação de procedimentos que assegurem a verificação dos requisitos acima mencionados;
- Execução de acções de formação adequadas às necessidades dos subcontratados quando se verifique que estes não atingem os requisitos mínimos acima mencionados;
- Desenvolvimento e implementação de procedimentos que simplifiquem o processo burocrático das autorizações para aquisição de medicação coagulante e expansores de plasma, por forma a facilitar o acesso aos mesmo pelos doentes que recusam sangue por opção legítima e consciente.
- Verificação da possibilidade de carregamento da banda magnética dos cartões de utente com informações sobre o tipo de sangue, alergias conhecidas, doenças crónicas e sua terapêutica associada, outra terapêutica continuada (métodos anticoncepcionais orais, complexos vitamínicos e suplementos alimentares, etc.), dispositivos e próteses (pace-makers, dispositivos intra-uterinos (DIU), implantes anticoncepcionais, próteses oculares e dentárias, etc.) e opções pessoais do utente (relativamente a questões de transfusão de sangue e doação de órgãos, etc.), como meio de facilitar o acesso dos profissionais de saúde à informação pertinente sobre o doente, possibilitando-lhes a personalização da sua prática clínica.

***“Nunca é demasiado tarde para sermos aquilo que deveríamos ter sido”
(George Eliot, 1818-1880)***

Se combatermos a inércia do conservadorismo, mantendo uma plena consciência de que as sociedades são dinâmicas, e por consequência também o são as suas necessidades específicas, pelo que as melhores soluções encontradas hoje, poderão já não o ser no dia de amanhã; e se mantivermos um espírito aberto e atento a novas realidades, que nos permita evoluir e adaptar

permanentemente às condições da realidade, suas necessidades e recursos, tal como é directriz da nossa política de saúde, definida na Base II da Lei de Bases da Saúde [14], teremos dado um passo importante para elevar o nível dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos, os quais têm o direito formal - legislado na Base V da mesma lei - a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses [14], e teremos ainda conseguido aproximar a cultura das nossas instituições da definição de responsabilidade social que nos é dada pelo instituto Ethos [18]: Uma instituição socialmente responsável é aquela que possui a capacidade de ouvir os interesses das diferentes partes interessadas e consegue incorporá-las no planeamento das suas actividades, de forma a atender às necessidades de todos e não apenas de alguns ou da maioria.

Afinal, não será este o ideal da premissa de universalidade de um serviço nacional de saúde?

Bibliografia

- [1] Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- [2] ISO, Sistemas de Gestão da Qualidade – Fundamentos e Vocabulário (ISO 9000:2000), (3.1.1, p. 16), Dezembro, 2000.
- [3] ISO, Sistemas de Gestão da Qualidade – Fundamentos e Vocabulário (ISO 9000:2000), (3.1.2, p. 16), Dezembro, 2000.
- [4] ISO, Sistemas de Gestão da Qualidade – Fundamentos e Vocabulário (ISO 9000:2000), (3.1.2, nota 1, p. 16), Dezembro, 2000.
- [5] ISO, Sistemas de Gestão da Qualidade – Fundamentos e Vocabulário (ISO 9000:2000), (3.1.2, nota 4, p. 16), Dezembro, 2000.
- [6] MUELLER PS, PLEVAK DJ, RUMMANS TA, Religious Involvement, Spirituality and Medicine: Implications for Clinical Practice, Mayo Clin Proc. 2001 Dec; 76(12): 1225-35.
- [7] TOWNSEND M, KLADDER V, AYELE H, MULLIGAN T, Systematic Review of Clinical Trials Examining the Effects of Religion on Health, South Med J., 2002 Dec; 95(12): 1429-34.
- [8] Amendment to the Preamble of the Constitution of the World Health Organization as proposed by the 52º World Health Assembly, (provisional agenda item 16, annex 1, p. 4), 7 April 1999.
- [9] KEMPER KJ, BARNES L, Considering Culture, Complementary Medicine and Spirituality in Pediatrics, Clin Pediatr (Phila), 2003 Apr; 42(3): 205-8
- [10] GOMES C., O Doente Terminal, Ética nos Cuidados de Saúde, Colecção Dossier Sinais Vitais, Formasau – Formação e Saúde, 1998
- [11] PARKES C.M., Psychologie du Mourant, La Revue du Praticien 36 (9), 1986
- [12] ALLUE MARTINEZ M., La Antropologia de la Muerte, Revista de Enfermeria Rol, 16, 1993
- [13] Ordem dos Médicos, Código Deontológico, www.ordemdosmedicos.pt, Julho, 2003
- [14] ESPERANÇA PINA J.A., A Responsabilidade dos Médicos, 3ª edição, Lidel – Edições Técnicas, Setembro, 2003
- [15] FILIPE F., O Consentimento Informado, Ética nos Cuidados de Saúde, Colecção Dossier Sinais Vitais, Formasau – Formação e Saúde, 1998

- [16] Ministério da Saúde, Contributos para um Plano Nacional de Saúde – Orientações Estratégicas, www.dgsaude.pt, Janeiro, 2003
- [17] Direcção Geral de Saúde, Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, www.dgsaude.pt, Julho, 2003
- [18] Instituto Ethos, definição de Responsabilidade Social, www.ethos.org.br