



José M. D. Poças

Médico Internista e Infecionologista; Diretor de Serviço de um Hospital EPE, em regime de CIT sem exclusividade

As verdades que se impõe serem ditas com prudência, coragem e esperança - parte III

“São as circunstâncias que governam os homens, não os homens que governam as circunstâncias”

(Heródoto, geógrafo e historiador grego, 484 aC – 425 aC)

“O homem não é a criatura das circunstâncias. As circunstâncias é que são criaturas do homem”

(Benjamin Disraeli, Político inglês, 1804-1881)

IV)- O Sistema

Vivemos num tempo de indefinições e de contradições que não tem fim à vista. O principal exemplo que se pode encontrar tem a ver com o facto de, há uns quantos anos atrás, terem existido sucessivamente, um atrás do outro, num mesmo governo do mesmo partido político (o que está atualmente no Governo da Nação), presidido pelo mesmo Primeiro-Ministro (António Guterres), e na mesma legislatura, três Ministros da Saúde com visões completamente díspares uns dos outros. E que, a partir daí, as coisas nunca mais tomaram qualquer rumo coerente. Ou se admite a celeberrima “exclusividade”, como no tempo da já referida ex-ministra Leonor Beleza, em que a autora dessa alteração legislativa foi literalmente surpreendida pela enorme adesão a este regime de trabalho verificada por uma parte muito significativa da classe médica, primeiro, e depois, da enfermagem. O que aquela responsável política pretendia realmente demonstrar, era que os “malandros” dos médicos (e depois, também os enfermeiros) estavam era muito mais interessados em irem a

correr à tarde, para a “ganhuça” da sua atividade privada, ou para o segundo ou, mesmo, o terceiro empregos que “gananciosamente” acumulariam, o que não se verificou de todo da forma generalizada suposta. Ou então, decide-se restringir fortemente aquele mesmo acesso, como nos “reinados” seguintes, com o expediente de não se poderem aumentar demasiado os custos com a função pública. Para, mais recentemente, se pretender voltar à mesma filosofia anteriormente definida, fundamentalmente para facilitar a repartição dos recursos humanos entre os dois monopolistas emergentes: O Estado, e os donos dos grandes projetos empresariais privados, “proletarizando” e “funcionalizando” definitivamente a classe médica (e as restantes), com vista a baixarem depois, quiçá drasticamente, a sua remuneração, precarizarem ainda mais os contratos de trabalho e, por esta via, acabarem de vez com o “poder médico” que, de “moribundo”, passaria então, à definitiva condição de “defunto”. Seria pois a grande vitória almejada, há muito, por muitos! Com que custos para os doentes, para os

cidadãos e para a sociedade, pergunto?

Por outro lado, para, alegadamente, pôr na ordem, os “desordeiros” e “irresponsáveis” “incumpridores” de sempre, implementou-se, por todo o país, o registo eletrónico de assiduidade, no intuito inconfessado de posteriormente se poder demonstrar aquela mesma premissa. Como se atividade clínica se pudesse reger pelas mesmas normas de um administrativo, qual celeberrimo “manga-de-alpaca”, figura típica do “saudosos” tempo do mais “patrioteiro” dos ditadores que nos “governou” durante várias décadas a fio. Algo que também se poderia extrapolar da inqualificável designação que ficou exarada no texto da própria lei, recentemente publicada, na qual se passou a classificar oficialmente esta carreira profissional: “Os doravante designados trabalhadores médicos”, como oportunamente me insurgi publicamente! Mais uma vez se enganaram. Existem hoje muitos colegas que, continuando a privilegiar a assistência aos seus doentes, acumulam centenas de horas que não são, nem nunca serão pagas enquanto tal (embora

isso fosse plenamente justo!), até que a “geração dos valores” (a que ajudou a implementar no terreno o SNS) se venha a cansar um belo dia destes, se reforme, emigre, adoeça ou mesmo faleça, e então se verá se os doentes passarão (ou não...) a serem observados finalmente como pretendem os arautos desta nova teoria, ou seja, com o tempo contado por uma ampulheta, ou por qualquer outro método um pouco mais sofisticado, como se a preocupação com a humanização dos cuidados prestados fosse perfeitamente secundária. Termos e conceitos emergentes como os de “Medicina Narrativa” ou de “*Slow Medicine*” são-lhes intrinsecamente estranhos. Para aqueles “ilustres iluminados”, o mundo perfeito seria o que o génio de Charlie Chaplin ridicularizou há já umas boas dezenas de anos no inesquecível filme “Os tempos modernos”. Uma perfeita “linha de montagem” de ver doentes, sem perdas de tempo ou desperdícios supostamente inúteis. Mas que grande equívoco de trágicas consequências seria a transformação da mais bela profissão do mundo numa tão ridícula caricatura...!!!

Pior ainda. Nalguns Centros de Saúde, a parametrização introduzida nesses aparelhos só contabiliza os atrasos (de segundos ou de minutos, conforme os casos) mas jamais o tempo efetivo que o profissional está em funções, mesmo que este alegue ter ainda afazeres inadiáveis nesse dia, no respeito pelo saudável princípio, segundo o qual, a verdadeira atividade clínica jamais se compadece com limitações temporais tão estritas. Quando este tem de sair depois da hora administrativamente prevista, e mesmo sem sequer se atrever a reivindicar o seu eventual pagamento subsequente (embora justo, repito!), os seus superiores hierár-

quicos argumentam que tal se fica a dever apenas à vontade e ao “capricho” do profissional (quando não à sua acintosa “mandriice”, ou mesmo “manhosice”) logo, não tendo que ser contabilizado e muito menos remunerado. “*Era o que faltava*”, pensarão! E, para culminar, também nalguns hospitais, os respetivos CAs determinaram que a denominada “bolsa de horas” é como que literalmente recolocada a zeros após um certo período pré-determinado, mesmo que o profissional não goze posteriormente essas horas por manifesta impossibilidade, dada a reconhecida exiguidade dos meios humanos e, por consequência, a satisfação imperiosa das necessidades assistenciais efetivas dos seus doentes assim o determinar. Que belos incentivos! Que inolvidáveis exemplos de boa gestão dos recursos humanos! Em que compêndio de psicologia empresarial virão inscritos estes “magníficos” conceitos, pergunto? Os últimos governos decidiram, mais recentemente, eleger como prioritário o desenvolvimento dos Cuidados Primários. Nada a opor, por princípio. É bem sabido que, sem se projetar e edificar bem os alicerces de algo (seja um prédio, seja o edifício conceptual das respostas em saúde, ou de qualquer outro setor estruturante de uma sociedade) a obra jamais cumprirá os seus objetivos e perdurará no tempo. Contudo, para mim, é pena que esta decisão só agora tenha sido tomada. Deveria tê-lo sido há cerca de duas décadas. Explico porquê. As doenças graves deverão ter que continuar a serem tratadas nos hospitais e, por vezes mesmo, em regime de internamento. A atual situação quase caótica que se vive em certos hospitais públicos, radica fundamentalmente em duas nefastas realidades: Somos, presentemente, dos países da Europa,

daqueles que têm menos camas de internamento hospitalar/mil habitantes, e temos a grande força de trabalho concentrada na faixa etária entre os 55 e os 65 anos, logo à beira de deixarem de dar o seu contributo ao SNS. Por outro lado, há Serviços que já laboram em rotura permanente e outros que vertiginosamente para lá caminham. A chocante exiguidade do número de especialistas de Anatomia Patológica, de Anestesiologia, de Patologia Clínica (e de Microbiologia Clínica), de Imagiologia, de Obstetrícia ou de Pediatria, etc., é absolutamente gritante, provocando encerramentos diários de várias dezenas de salas de bloco operatório em todo o país, ou mesmo de alguns setores de certas urgências, por períodos intermitentes, atrasos incomensuráveis na realização dos imprescindíveis exames auxiliares de diagnóstico, ou na obtenção dos correspondentes relatórios, com todas as gravíssimas consequências inerentes. Igualmente muito preocupante, e exemplificativo deste desnorte, é o facto de algumas UCIs, para funcionarem com o mínimo de horas extraordinárias a serem pagas, os médicos esgotam o seu horário em três dias, não indo ao hospital dois dos cinco dias úteis da semana (que são ocupados, por alguns, a irem fazer urgências a outras instituições), levantando-se portanto a questão de se saber até que ponto esta, pelo menos, “aparente” quebra inédita na continuidade dos cuidados prestados se reflete na sua consequente qualidade e na segurança do doente.

Tudo isto, apesar de se ter que compreender forçosamente que antes da “revolução dos cravos”, o parque hoteleiro e hospitalar do nosso país era completamente insuficiente em número e obsoleto no que se refere ao seu equipa-

mento tecnológico, e os médicos não tinham sequer direito a uma carreira condigna, recebendo apenas uma modesta subvenção mensal, porque era suposto ganharem o seu devido sustento (e o da sua família) no exercício da respetiva atividade privada desde muito cedo. Por isso, não admira que o investimento tivesse que ter sido, inicialmente, nos cuidados hospitalares. Mas essa fase não deveria, contudo, ter durado mais do que um quarto de século...

Quando, há cerca de dois anos, fui convidado para fazer uma intervenção no 1º Congresso Nacional da Fundação para a defesa do SNS, onde abordei a temática da “Urgência Hospitalar”, não deixei de levantar a questão da demasiada demora na construção do eternamente adiado Hospital Oriental de Lisboa que virá (?) a substituir o complexo hospitalar dos denominados ex-Hospitais Cívicos de Lisboa (atual Centro Hospitalar Central de Lisboa). A questão que mais tem motivado especulações é saber como irá a ARSLVT resolver o problema da diferença (da ordem de algumas centenas de camas!) que resulta da capacidade de internamento entre aquilo que existe presentemente e a que se prevê vir a existir no novo edifício... Será que o que se pretende verdadeiramente, para resolver esta candente questão, é mesmo promover o recurso à já famosa contratualização externa, por certamente se ter que vir a constatar de futuro, afinal, a mais do que previsível insuficiência dos próprios meios disponíveis no setor público, especula-se...!!! É que, decisivamente, não basta apenas promover a (salutar) ambulatorização dos cuidados médicos e cirúrgicos hospitalares, para evitar a atual sobrelotação das urgências e das enfermarias da maioria dos hospitais públicos.

Como aceitar então a presente existência de Serviços hospitalares com um único médico no seu quadro, não raramente dentro da faixa etária anteriormente referida e com a categoria de Chefe de Serviço? Não será isso equivalente a conceber a existência de uma companhia de um exército composta apenas por um soldado raso e por um comandante, sendo ambos os postos ocupados, inconcebivelmente, por uma única e a mesma pessoa? Como compreender a reiterada colocação de jovens especialistas em hospitais onde não existe um correspondente serviço ou sequer mais nenhum colega da mesma especialidade? Estarão os alegados “responsáveis” pela hierarquia dos sucessivos Ministérios sinceramente preocupados com estes problemas? E o que dizer da formação dos jovens internos num contexto de tão grande adversidade, sobretudo depois de se ter extinguido, de forma perfeitamente demagógica, o internato geral, que tão importante era para os mesmos? E das candentes questões relativas à responsabilidade profissional? E já agora, porque é que algumas ARSs têm funcionado como que “fechando os olhos”, deixando que certos hospitais tenham podido contratar médicos, até muito recentemente, com uma remuneração superior à de outros (e mesmo ao que a própria lei prevê), só para, alegadamente, resolverem os seus problemas imediatos relativos à situação interna de eminente rotura assistencial, quando esta realidade é antes transversal a todos os demais, que assim se sentem injustamente discriminados?

Uma maneira que se equaciona presentemente para responder ao quase caos instalado é a de anunciar uma política de (pequenos) incentivos, para que os profissionais ganhem finalmente algum ânimo

que lhes permita, pelo menos, tolerar por um pouco mais de tempo, este penoso estado de coisas, até que as novas gerações os venham substituir... Que dizer então dos colegas dos Centros de Saúde que também sofrem do mesmo terrível mal de terem uma pirâmide de distribuição etária bastante invertida, serem confrontados com um acréscimo compulsório de cerca de 25% do valor que deveria corresponder ao volume ideal de uma lista de doentes (pois passaram dos ideais 1500 para os cerca de 2000 doentes), sem qualquer compensação remuneratória adicional, e que se esfalfam 7 a 8 h / dia a terem que observar, em média, 1 doente / cada 15 mn? Que dizer do tempo e da paciência que nos é exigida diariamente para lidarmos com a inoperacionalidade dos múltiplos programas eletrónicos que nos impingem, pois são muito pouco intuitivos, deixam de funcionar com uma frequência desesperante e são terrivelmente lentos, ao ponto de já quase não termos tempo, nem sequer para olhar para o doente, quanto mais para lhe fazer uma anamnese cuidada e um exame objetivo pormenorizado?

Não será precisamente aquela uma das principais causas da grave e crescente desumanização dos cuidados de saúde e do acréscimo na despesa com meios auxiliares de diagnóstico que, por vezes, seriam perfeitamente desnecessários se houvesse mais tempo e motivação? Ou, mesmo, dos tremendos e cada vez mais propalados erros de diagnóstico e de conduta terapêutica que chegam quase diariamente à barra dos tribunais e à primeira página dos mais diversos tabloides? Mas, não serão afinal os próprios departamentos do Ministério a confessarem indiretamente, eles mesmos, a sua pouca confiança nesses mesmos programas, pois

não param de continuar a ordenar a contagem manual de muitos índices de supetão, só para ver se as “contas batem mesmo certo” perante o Ministério das Finanças (ou da “dívida”...) e se não ficam mal vistos perante as instituições congêneres internacionais, pois só muito recentemente passámos a dispor de estatísticas para cumprir com os compromissos a que estamos obrigados no contexto comunitário? Não seria mais adequado criar ou adquirir programas integrados que funcionassem perfeitamente em rede e que permitissem o cruzamento das variáveis pretendidas, em vez do desnorte em que se vive? E o que dizer, finalmente, da “infernal” legislação relativa à avaliação da carreira médica que, de tão desajustada à realidade, quase em lado nenhum foi aplicada, servindo antes para descredibilizar a efetiva necessidade de cada um dos médicos interiorizar que deve dar, periodicamente, aos seus pares, conta do seu trabalho, e de ser portanto justamente avaliado! Em Setúbal, existia, há mais de uma década, uma consulta de “Terapia Familiar” no âmbito dos Cuidados Primários de Saúde, o que era uma verdadeira exceção (e exemplo!) no seio da realidade nacional, embora os responsáveis pela respetiva Sociedade (Prof. Doutor Daniel Sampaio e discípulos) sempre tivessem pugnado pela sua disseminação ao nível de outros centros congêneres e mesmo no âmbito dos Serviços de Psiquiatria dos Hospitais da rede pública do nosso País. Ao fim desse tempo, apesar da competência demonstrada, do reconhecimento de diversas instituições oficiais e dos próprios doentes e respetivas famílias, ainda por cima depois da necessária formação (e recertificação periódica) ter sido efetuada fora das horas de serviço e a expensas

próprias, subitamente, os “responsáveis” pelo agrupamento onde estava inserido (ACES Arrábida), determinou unilateralmente o seu encerramento, sem apelo nem agravo, num inqualificável desrespeito total e absoluto pelos profissionais envolvidos e pelas dezenas de famílias abrangidas. Serão estes os incentivos de que nos falam? Porque é que, em vez de apoiarem os profissionais que se distinguem pela sua própria iniciativa, fazendo algo de diferente em proveito da comunidade, podendo isso servir mesmo de estímulo ao desejável aparecimento de iniciativas idênticas noutros locais, se penalizam antes os autores de tão “reprovável”, e “provocatória infração”? Se fossem ganhar dinheiro para o setor privado, o que é que diriam? O atual Bastonário, já fez deste mais do que lamentável caso, tema de um artigo de opinião num grande órgão de comunicação social, tendo inclusive também, pedido explicações às diversas entidades ministeriais “competentes”, mas tudo continua na mesma há um bom par de meses... Sou testemunha que a Ana (minha esposa) e a sua colega Eugénia mereciam tudo, menos isto! É algo que é demasiado injusto e iníquo para, sabendo, aceitar omitir ou esquecer...

Num afã inusitado, diversos organismos oficiais têm-se dedicado ultimamente a publicar estudos de “benchmarking”, no sentido de comparar os mais diversos índices da “produtividade” e de “eficiência” dos diferentes hospitais. Embora não discorde de modo algum da ideia em si, pergunto, contudo, o seguinte: Fará algum sentido esse exercício, sem tomar em linha de conta a prevalência e a complexidade das patologias tratadas nas diferentes instituições, sabendo-se que existe uma grande variabilidade ao nível do território

nacional? Terá alguma validade comparar hospitais colocados “arbitrariamente” num mesmo escalão, quando aquele onde trabalho, que tem quase todas as especialidades, foi administrativamente “desqualificado” para um patamar onde estão outros que praticamente só têm as especialidades ditas “básicas”, quando é, reconhecidamente, mais diferenciado do que alguns que são classificados como centrais, mas não é dessa forma financiado e ainda aparece sistematicamente como “o mau da fita”, por ser (segundo essa abstrusa metodologia), alegadamente, dos mais “gastadores”? Será justo estabelecer paralelo entre hospitais que tratam muitos mais doentes com elevada despesa associada do que outros, sabendo-se que o que pagam pelo mesmo medicamento varia de preço entre si? Qual será a pertinência de se compararem serviços com base na capacidade de retenção dos seus doentes, quando a prevalência e a gravidade dos problemas sociais prevalentes na comunidade adstrita, esses sim, são os condicionantes mais importantes e divergem muito entre eles? O que dizer do enorme atraso com que a ACSS paga aos hospitais (e estes, conseqüentemente, à indústria farmacêutica...) as verbas correspondentes aos programas de financiamento vertical (de que a infeção VIH é um exemplo) e indexa nessa retribuição, precisamente, o mesmo aludido parâmetro da adesão aos cuidados de saúde, quando se constata todas as enormíssimas limitações já referidas e esse facto não ser, de todo, da responsabilidade dos profissionais dos respetivos serviços onde aqueles doentes se tratam? E o que pensar da contratualização recentemente efetuada entre algumas ARS e certos hospitais, segundo a qual se impôs um número máximo de epi-

sódios de urgência a serem pagos pela ACSS, como se se impusesse uma sansão económica às instituições hospitalares, por estas serem as “verdadeiras responsáveis” pela vinda “indiscriminada” de cidadãos a estes serviços, quando a incómoda verdade é que muitas das apelidadas “falsas urgências” têm a sua origem estreitamente ligada à atual crise social e de valores que afeta a sociedade contemporânea? E quanto à exiguidade dos orçamentos anuais dos hospitais que não permitem sequer investir o mínimo necessário na conservação dos edifícios e na reposição dos meios tecnológicos, degradando-se assim progressiva e irreversivelmente de forma tão nefasta para o seu futuro? Como tomar então decisões justas, se afinal muito daquilo que se mede atualmente carece de reconhecida fiabilidade e adequação, pelas razões já apontadas? E, por último, será que a qualidade efetiva dos serviços prestados, que tanto importaria avaliar, de facto, se pode resumir à mera quantificação de diversos índices assim apurados com tantas limitações e os médicos, as administrações hospitalares e mesmo outras entidades externas se confrontam com a ausência da imprescindível autorização para terem acesso a certas bases de dados (como por exemplo o SiVIDA), sabendo-se que tal seria fundamental para autoavaliar o seu desempenho ou para fazer a planificação anual da sua contratualização com a tutela? O País tem uma gritante falta de camas para cuidados continuados, e mais ainda, de camas devotadas ao apoio especializado aos doentes que necessitam de cuidados paliativos (não apenas dos oncológicos, como vulgarmente se pensa, mas também dos foros neurológico, ortopédico, reumatológico, cardíaco, pneumológico ou gastroenterológico

co...) ou para o internamento de certos doentes com patologia psiquiátrica crónica, já que a saudável desativação das vetustas e, por vezes, “monstruosas” instituições de natureza asilar de outrora, não foi, como estava consignado no texto e no espírito da legislação correspondente então publicada, devidamente acompanhada pela prévia ou pela concomitante operacionalização de uma rede de cuidados alternativos que efetivamente desse resposta às candentes necessidades atuais que, naturalmente, conduziram à quase constante rotura das exíguas enfermarias desta especialidade nos denominados hospitais gerais, com muitos doentes a aguardarem a almejada vaga nos Serviços de Urgência, deitados em filas de macas dispersas pelos seus sinuosos corredores.

Um outro facto deveras perturbador, na minha opinião, diz respeito à recente discussão à volta da questão da eutanásia e do suicídio assistido. Porquê legislar-se sobre esta matéria antes de se fazer urgentemente aquilo que se impõe e que uniria certamente os defensores de ambas as correntes de opinião: Um reforço significativo das três redes anteriormente referidas (bem como dos cuidados domiciliários), e da formação de técnicos especializados em número adequado, enquanto se procede a uma discussão séria, não só no seio dos médicos (e dos restantes profissionais de saúde) e respetivas organizações representativas, mas também pelas associações de doentes e, logicamente, por todos os cidadãos que queiram dar esse contributo à sociedade. É que, estou firmemente convicto, é tão demagógico admitir que elas resolverão definitivamente todos os problemas, quanto o é também, afirmar que não irão existir efetivamente alguns casos muito concretos, em que a questão

se poderá ter de colocar com toda a frontalidade. Fazer as coisas ao contrário e precipitadamente será, certamente, desvalorizar a extrema importância da sua existência, no sentido de minorar ao máximo o sofrimento humano, permitindo contudo que, futuramente, em casos verdadeiramente excecionais, não se deixe de considerar a morte uma efetiva alternativa a uma vida de permanente, irreversível e intolerável sofrimento. Até porque, a Morte, ela mesma, como momento derradeiro da Vida, e à semelhança desta, também carece de ter a mesma dignidade.

Aos que defendem cada uma das posições, que respeito profundamente, aconselho a leitura de um livro que escrevi e editei há cerca de um ano, intitulado “*Ode ou Requiem*” e que, não tendo sido publicado com este propósito, não deixa de interpelar o tema da Vida e da Morte, pois conta mais de meia centena de histórias clínicas verídicas de doentes que tratei (família, amigos, colegas, doentes de longa data, anónimos cidadãos, etc.), muitas delas que acabaram no seu “*exitus*”, mas onde o sofrimento e a alegria se mesclam, através de uma visão muito pessoal daquilo que considero dever ser a relação médico doente e no que é que consiste o âmago do ato médico. Estarão os legisladores à altura de saber impedir eficazmente os indesejáveis abusos e a hecatombe de valores que representaria a sua desajustada generalização e iníqua banalização, que só nos poderia conduzir a um novo Holocausto, pergunto?!... É que, convém não confundir, o “direito ao suicídio”, com a colaboração ativa dos profissionais de saúde enquanto cúmplices ou autores de atos eticamente reprováveis. Se a Vida, na verdade, nunca foi um verdadeiro valor absoluto em si mesmo, mas “apenas” o

maior de todos eles, porque, entre outras exceções, se admite o homicídio em legítima defesa, se reconhece o direito a priorizar a vida da mulher grávida em detrimento da do seu feto, quando se está perante uma gravidez na qual existe uma séria ameaça à vida da própria mãe, se dá acesso a alguém poder decidir por uma interrupção voluntária da gravidez quando se detetam precocemente malformações graves ou a presença de uma doença de muito mau prognóstico no feto (as vezes induzida iatrogenicamente!), se aceita sem reservas a não viabilização por meios comumente considerados extraordinários, de recém-nascidos portadores de gravíssimas malformações congénitas incompatíveis com uma vida autónoma e com um relacionamento afetivo mínimo com os seus progenitores (como no caso dos anencefálicos), não se condena quem mata por ordem judicial ou no teatro de guerra (e às vezes se chega mesmo a matar por amor, como na adaptação cinematográfica da história do grande herói da antiguidade, o escravo *Spartacus*...), também não se deve deixar de considerar que o sofrimento sem remédio algum disponível não é nada edificante e que o verdadeiro compromisso do médico para como o seu doente é, mais do que tudo o resto, o respeito absoluto pela sua vontade devidamente expressa com total liberdade e plena consciência, a par da defesa consequente e sem cedências da sua dignidade, quer em vida, quer na morte, embora sem nunca contrariar a essência do código de ética da profissão. Mas jamais deixando de dar tempo para o eventual refazer da sua opinião, nunca confundindo um episódio de desespero ou de depressão passageiros e reversíveis (muitas vezes induzidos por fatores sociais), estados confu-

sionais ou perdas cognitivas limitativas do bom julgamento, com a efetiva realidade assumida com toda a determinação, ponderação e perenidade, sem a influencia das pressões de terceiros (muitas vezes disfarçadas e que ocultam outros interesses próprios e nada edificantes), respeitando sempre o tiver sido exarado na “Diretiva Antecipada de Vontade” que o próprio tenha registado, tal como está presentemente previsto na legislação em vigor, e jamais promovendo a repugnante e unanimemente condenável distanásia.

Legislou-se recentemente (e bem!), no sentido de reconhecer o direito do doente poder escolher a instituição onde quer ser tratado no seio do SNS (como sempre aconteceu no setor privado!). Há uns anos atrás, legislou-se (e bem!), no sentido de todos os cidadãos, independentemente do local (público ou privado), onde foram atendidos, terem a mesma participação nos medicamentos, quando os vão aviar à farmácia (privada). Porque não há-de o mesmo acontecer com os exames auxiliares de diagnóstico? Que coerência existirá no facto de, ao mesmo cidadão (e contribuinte!), ser vedada a escolha livre do seu médico? O exercício da medicina privada, num pequeno consultório ou clínica, cumprindo as regras da ética e da deontologia, sem sobreposições de horários, onde são observados os doentes que optam livremente por lá ir, depois do médico ter cumprido um horário completo no seu local de trabalho (no serviço público, ou no privado) é, presentemente, considerada uma realidade apenas tolerada, a caminho de ser quase que proibida por ambos os monopolistas do setor. Pergunto: Porquê? Com que direito? Que ganharão, com a sua proibição (ou passagem à quase clandestinidade...), os ci-

dadãos de uma sociedade pretensamente livre e democrática, e sobretudo, os próprios doentes? Não será aquela prática muito diferente da de andar a saltitar por um número sem fim de locais, ter apenas horários reduzidos nas instituições (públicas e privadas), ou acumular vários contratos precários de prestação de serviço em diversas instituições (públicas e privadas)? Não deveria a Ordem dos Médicos exigir (tal como o Estado já faz, e bem!), ter conhecimento do que é que todos os médicos andam a fazer, onde e quando? E de se estabelecerem normas objetivas que impossibilitassem manifestos abusos, verdadeiras fraudes e intoleráveis atropelos do código de ética e da deontologia profissionais? Não seria isso mais eficaz e transparente do que exigir obstinadamente a exclusividade a todo o custo? Sobre tudo num contexto político em que a desconfiança (legítima) da classe (e dos demais cidadãos) para com os seus “patrões” é hoje inquestionável e bem fundamentada! Com as exíguas reformas que se irão receber num futuro próximo, não será a defesa destes princípios uma possível (e muito razoável) solução, para que os membros na nossa classe não se tenham que resignar à condição de quase indigência logo no mês seguinte à respetiva aposentação, para quem não tenha outro tipo de rendimentos, como acontecerá certamente numa maioria dos casos?

Nota:

3ª de 4 Partes. Continua no nº 175 de Dezembro com os capítulos V)- Algumas propostas para ajudar a solucionar “O Problema” e VI)- Conclusões. Capítulo anterior III)- O “Sistema” publicado no nº 173 de Setembro.