

Opinião

“Velhos Problemas e Novos Contextos: Uma Realidade Inversa?”

(“... hoje assistimos a um regresso ao séc. XVIII: ao despojar o Estado das suas responsabilidades e prerrogativas, minámos a sua reputação...” sic. Tony Judt, in Jornal The Guardian; “... uma das características do Liberalismo Social foi a renúncia a políticas redistributivas e a políticas fiscais progressistas...” sic. Viveç Navarro in Revista Sistema)

José M. D. Poças

Médico Hospitalar. Presidente Cessante da Distrital de Setúbal da OM

I)- Uma Questão de Decência e de Coerência

(“... ironicamente, são os países com estado social incipiente que são forçados a fazer os maiores cortes ... o objectivo do crescimento económico constante está em rota de colisão com os recursos naturais e o equilíbrio planetário ...” sic. Rui Cardoso in “Quem tramou o Estado Providência” Courier Internacional)

Diz o adágio popular que “a História se repete”. Não querendo entrar no domínio da futurologia, constato que, efectivamente, de vez em quando, ou por mero acaso, ou por sábio desígnio supremo, assim é de facto.

O momento político que vivemos actualmente tem sido fértil em acontecimentos que, mesmo os mais distraídos ou incrédulos, pensariam certamente ser antes fruto de um simples pesadelo, e nunca de decisões plenamente assumidas por um governo que se reclama do campo ideológico do socialismo democrático e acérrimo defensor do denominado “Estado Social”.

Ainda por cima, logo após o anúncio público de algumas das suas mais polémicas decisões, confrontamo-nos com uma de duas atitudes: Ou com notas oficiais explicativas que, a pretexto de virem esclarecer o real sentido do legislador, pura e simplesmente anulam aquilo que é afirmado na realidade; ou então, ficam suspensas de uma anunciada regulamentação que, pura e simplesmente, ninguém é capaz de dizer ao certo quando irá ver a luz do dia.

São exemplo da primeira categoria, a Lei sobre os Transportes de Doentes não urgentes no âmbito do SNS, e da segunda, a Lei das Carreiras Médicas.

Enquanto na primeira circunstância, não houve a coragem de reconhecer atempadamente o erro clamoroso e cujas consequências iriam ser muito nefastas a curto prazo a uma grande percentagem de doentes, ensaiando-se pois uma fuga ao problema através de uma alegada incapacidade logística da Segurança Social em passar um atestado de insuficiência económica

ao cidadão alegadamente carente, no segundo caso, publicou-se apenas o esboço geral de um novo sistema unificado de Carreiras, embora nada se tenha dito até ao presente sobre a parte mais substantiva, ou seja, como é que os médicos vão passar a ser avaliados, como é que progridem, e quanto é que irão passar a auferir em termos salariais.

São atitudes como estas que estão a minar irreversivelmente a confiança de todos os agentes intervenientes, razão pela qual os profissionais vão abandonando paulatinamente o SNS (quer por aposentação ou reforma, quer por exoneração ou pedido de licença sem vencimento), os doentes sentem-se cada vez mais insatisfeitos com a qualidade dos cuidados prestados, os cidadãos contribuintes mais revoltados com a perda de direitos que consideravam legitimamente consubstanciados na nossa Lei Fundamental, e os prestadores privados lá vão explorando as contradições do sistema, vivendo globalmente à conta dos vários sub-sistemas paralelos que o próprio Estado foi criando ao longo de décadas, ao sabor das pressões corporativistas de grupos mais ou menos influentes.

É assim que, eufemisticamente, quando se lê na própria Constituição da República a propósito dos cuidados de saúde, “tendencialmente gratuitos” se deve antes subentender “tendencialmente pagos”, e por aí adiante. Argumentam os decisores políticos, para justificarem estes e outros anacronismos, que a conjuntura internacional se alterou substantiva, súbita e inesperadamente, e que estas decisões visam antes salvaguardar a pura essência do Sistema.

Foi assim que resolveram justificar oficialmente o brutal aumento do preço das vacinas administradas no âmbito das Consultas de Medicina do Viajante, como se fosse essa atitude que salvasse da alegada ruína financeira eminente o próprio SNS. Esqueceram-se que, como diz o aforismo, “o exemplo vem de cima”, e que nada pode justificar o atropelo de princípios fundamentais, universais e acrescentaria ainda, intemporais.

Como justificar então, por exemplo, que ao cidadão indefeso, seja cobrada uma importância para a administração da vacina da Febre Amarela (a única legalmente obrigatória em termos da legislação internacional geral) que é superior a 1.000% do seu custo real, e quando é do domínio público que um simples carimbo falso obtido à chegada do aeroporto de Luanda, custa cerca de dez vezes menos?

Não é o Governo e o Ministério da Saúde que apelam insistentemente (e a meu ver, muito bem!!!) ao sentido da responsabilização social dos laboratórios farmacêuticos conducente à diminuição da sua margem de lucro com a comercialização dos medicamentos em geral, e sobretudo dos que estão protegidos pelo direito de patente, a pretexto de assim estarem a contribuir decisivamente para a sustentabilidade do SNS, bem como para salvaguardar o acesso dos cidadãos portugueses aos cuidados de saúde? Com que moralidade afinal? Que diriam então os nossos governantes, se qualquer um deles argumentasse que, para salvar a viabilidade da sua unidade de negócios, exigia também a contrapartida de uma margem de lucro da mesma ordem de grandeza?

O que está pois verdadeiramente em causa com este caso é, não só o respeito pelos códigos de ética civilizacional, mas também a defesa da própria Saúde Pública a que estamos obrigados, inclusive por convenções internacionais.

Desconhecerão as autoridades nacionais que, de uma forma geral, com a progressiva precarização dos vínculos contratuais (nas empresas privadas e até no próprio Estado!), cada vez mais as despesas com a saúde (incluindo os prémios dos seguros com cobertura internacional) irão recair sobre os cidadãos individualmente considerados? E que, com este tipo de atitudes, assistiremos cada vez mais à recusa dos viajantes a serem vacinados, arriscando-se pois a trazerem de volta doenças que são perfeitamente evitáveis e não raras vezes com uma morbi-mortalidade associada considerável, consumindo conseqüentemente muito mais recursos financeiros do que até ao presente, designadamente em internamentos hospitalares indevidos?

Quererão mesmo que os outros países dificultem também eles a saída dos seus cidadãos, à semelhança daquilo que está a acontecer de forma velada no nosso país, quando na realidade a economia nacional está cada vez mais dependente das divisas que esses mesmos turistas nos deixam durante as suas estadias? Qual seria o benefício? Ou antes, o prejuízo?

II)- Histórias de Ontem (Histórias de Amanhã?)

(“... a crise financeira e económica leva a que se coloque em questão o papel do Estado nas sociedades ocidentais ... depois de décadas de menos Estado, os poderes públicos são obrigados a financiar bancos e empresas privadas ...” sic. In “O Fim do Estado Social” Courrier Internacional, Novembro 2010)

Enquanto reflectia nestas considerações iniciais, lembrei-me a propósito de uma experiência profissional que muito me marcou, já lá vão um bom par de anos, mas que volta e meia me inquieta a memória.

Quando realizava um estágio num dos Hospitais Cívicos de Lisboa durante o Internato Complementar de Especialidade, fui convidado por um colega para o substituir durante o seu mês de férias num hospital de uma grande companhia nacional de seguros. Tinha apenas que me deslocar lá uma vez por semana, o que me permitiu utilizar precisamente o dia em fazia a folga correspondente ao período semanal de 24 H de Serviço na Unidade de Cuidados Intensivos.

As funções consistiam em observar os doentes nas fases pré e pós operatória, bem como todos os que, quer colegas, quer enfermeiros, entendessem beneficiar do parecer de um internista, nomeadamente aqueles que apresentassem qualquer complicação do foro médico, o que geralmente me ocupava um dia de trabalho praticamente inteiro. Por incrível que possa parecer, em todas as quatro deslocações que realizei, tive histórias para contar à minha esposa (também ela médica), quando chegava finalmente à hora de jantar a casa, já meio extenuado.

Não interessando agora para nada a sua ordem cronológica, lembro-me de um caso de um adulto jovem com sequelas de um acidente de trabalho grave que necessitava de uma intervenção do âmbito da cirurgia plástica, em cuja avaliação pré operatória foi detectada uma hipertensão arterial, facto que determinou que os colegas me solicitassem um parecer. O doente tinha de facto valores tencionais muito elevados e um ECG em repouso com alterações importantes da repolarização ventricular, pelo que tive imediatamente de o medicar e, por

suspeita de se tratar de uma hipertensão arterial secundária, solicitar os exames complementares de diagnóstico adequados, afirmando que só daria parecer positivo à realização do acto cirúrgico quando se esclarecesse convenientemente o quadro clínico e após a sua necessária estabilização, tanto mais que a cirurgia não se revestia de qualquer carácter urgente.

Noutro dia, um enfermeiro solicitou-me a observação de outro jovem, este praticamente ainda adolescente, com cerca de uma semana de pós-operatório com um quadro clínico que compreendia prostração, febre elevada, tosse e dor tipo pontada num dos hemitóraxes. Solicitei umas análises e um RxTx urgentes e, depois da respectiva observação clínica, concluí pelo diagnóstico de abscesso do pulmão. Dado que o doente não evidenciava quaisquer critérios de sépsis ou de insuficiência respiratória, mediquei-o com soros e antibióticos, aconselhando que o mesmo fosse posteriormente reobservado de forma regular, quer pelo cirurgião, quer pelo anestesista que o tinham operado, uma vez que só iria voltar a poder visitá-lo na semana seguinte.

Qual não foi o meu espanto, quando no outro dia de manhã cedo, esse mesmo doente tinha sido internado na enfermaria que estava atribuída à minha responsabilidade no Serviço de Infeciologia do Hospital Curry Cabral. Assim que o meu orientador de estágio chegou, subentendi de imediato que já teria certamente havido um contacto na véspera com o Director Clínico do Hospital da Seguradora onde aquele estava previamente internado. E a pergunta que me foi feita de seguida foi: Como é que seria admissível que eu desconhecesse uma legislação ainda em vigor e publicada algumas dezenas de anos antes num governo de Salazar, segundo a qual estava completamente interdito o internamento de doentes com patologia infecto-contagiosa em hospitais privados?

Claro que eu não fazia a menor ideia da sua existência, mas logo acrescentei que, se na verdade se tratava de uma doença infecciosa, de modo algum ela seria de natureza transmissível, tal como me parecia estar subjacente ao seu espírito, logo o doente poderia e deveria ter ficado onde estava, e não ser recambiado para um hospital público.

Mas o mais importante afinal, foi que aquele cidadão tinha que ser tratado, e foi-o convenientemente pelo médico que, quis o acaso, fosse precisamente o mesmo em ambos os hospitais !...

Noutra ocasião, fui interpelado por outro enfermeiro no sentido de esclarecer uma queixas aparentemente muito estranhas que um doente operado na véspera apresentava. Tratava-se de um homem de meia-idade que tinha um soro em perfusão numa veia periférica de um dos membros superiores e queixava-se que não tinha quase conseguido dormir nada nessa noite mas, segundo a sua própria opinião, tal não se deveria certamente a qualquer efeito secundário da anestesia ou mesmo da cirurgia propriamente dita, mas antes a uma sensação intermitente tipo “choque eléctrico” que irradiava ao longo do membro em que tinha sido colocado o soro. Inspeccionei o local onde o doente referia que aquela sensação desagradável era mais intensa e, à primeira vista, nada de anormal me pareceu poder constatar.

Foi então que o doente acrescentou que as queixas se agravavam com a mudança de posição, designadamente quando flectia o cotovelo. Voltei a inspeccionar a região do sangradouro com

mais atenção e lá solicitei finalmente ao enfermeiro que retirasse o soro ao doente, para ver se conseguia finalmente chegar a uma conclusão definitiva. Qual não foi então o nosso espanto, quando verificámos que o sistema de soro estava acoplado, não a um cateter, como seria suposto, mas sim a uma agulha endovenosa !!! Estava tudo finalmente explicado, ou antes, quase... conforme julguei crer nesse momento com uma certa ingenuidade.

Constatado este facto, solicitei ao mesmo enfermeiro que preparasse um outro sistema de soros e canalizasse outra veia fora daquela região anatómica, mas com um verdadeiro cateter. Nova surpresa. O enfermeiro disse-me que não podia satisfazer tal pedido, dado que os “abbottcaths” só estavam disponíveis no Bloco Operatório do Hospital, e a essa hora, só com ordem do Director Clínico alguém poderia ir lá buscar algum, uma vez que este já estava fechado, e o meu colega não apreciava muito ser incomodado com este género de problemas. Enquanto eu mostrava a minha admiração e repulsa por tal prática, eis que irrompe na enfermaria um outro enfermeiro que vinha receber o turno e render o seu colega. Ao saber dos acontecimentos, imediatamente me declarou que iria resolver o problema a contento, exibindo em conformidade um bolso da bata cheio de cateteres, e exclamando: É por causa de situações como estas que, quando eu saio de serviço do Hospital de Stª Maria, trago sempre material para que aqui nada me falte para poder tratar devidamente os meus doentes ...

A última e mais inusitada história passou-se, nunca mais o poderei esquecer, precisamente no tristemente famoso dia do incêndio do Chiado. De novo tinha recebido mais um pedido de um outro enfermeiro para ir observar um idoso que se encontrava numa das enfermarias há umas quantas semanas, não me recordando ao certo, neste momento, qual a razão efectiva. O que é realmente relevante, é que o referido enfermeiro, ao verificar rotineiramente as funções vitais do doente, tinha-lhe detectado uma bradicardia acentuada.

Abeirei-me então do respectivo leito, e comecei a colher os dados anamnéticos do doente, tomando-lhe simultaneamente o pulso. Não evidenciava compromisso hemodinâmico, estava completamente consciente, orientado e lúcido, não tinha antecedentes pessoais ou familiares relevantes e não estava a fazer qualquer medicação que pudesse estar eventualmente incriminada. Mas o que é certo, é que apresentava de facto uma bradicardia, com valor inferior a 40/mn, embora com ritmo regular e pulso cheio.

Disse então ao enfermeiro que seria necessário obter um traçado electrocardiográfico urgente, tendo este trazido, volvidos alguns instantes, o respectivo aparelho que tinha ido buscar, precisamente, ao Bloco Operatório. Feito o exame, tornou-se patente a presença de um Bloqueio AV do III grau, razão pelo que solicitei que fosse canalizada uma veia periférica com um soro, para iniciar uma perfusão de isoprenalina. Foi então que o enfermeiro me declarou que o soro ainda seria possível arranjar, mas quanto à isoprenalina, isso seria necessário voltar de novo ao Bloco Operatório. Disse-lhe que fosse e que trouxesse ampolas de atropina e um monitor cardíaco, ao que me esclareceu ser certamente impossível concretizar o segundo pedido, pelo que me tive que contentar com o electrocardiógrafo a funcionar intermitentemente e a debitar folhas e mais folhas de papel milimétrico.

Não demorou muito até que, um tanto ou quanto esbaforido de uma segunda correria escada acima, escada a baixo, o coitado do enfermeiro me declarou solenemente que não tinha conseguido encontrar as necessárias ampolas de isoprenalina, mas que tinha encontrado as de

atropina. Disse-lhe para preparar três seringas com 1 mg cada uma, que foram administradas em bolus ev sucessivos, mas sem qualquer tradução significativa no traçado cardíaco. Perante a falta de resposta, enderecei-lhe novo pedido, agora para procurar ampolas de orciprenalina, que poderiam substituir satisfatoriamente as da isoprenalina que não existiam.

Desta vez, a mesma viagem escada acima, escada abaixo não tinha sido em vão, e foi possível obter uma frequência cardíaca adequada e estável com uma perfusão daquele beta mimético. Declarei então que o doente necessitava da implantação de um “pace maker”, e que se houvesse um provisório disponível, eu próprio o poderia implantar no Bloco Operatório.

O pobre do enfermeiro olhou-me desta vez com um olhar meio incrédulo com os olhos quase a saltarem-lhe das órbitas, e afirmou sem rodeios que aquilo já era demasiado, pelo que seria mais sensato ir de imediato informar pessoalmente o Director Clínico do que se estava passando. Ausentou-se de seguida, enquanto eu voltei a ficar sozinho com o doente, vendo as sucessivas folhas a saírem do electrocardiógrafo, e tentando tranquilizar o infortunado doente que estava tudo sob controlo.

Volvidos escassos minutos, lá pude conhecer finalmente o famigerado Director Clínico que se me apresentou dizendo-se ser especialista em Cardiologia. Cumprimentou-me secamente, e pediu com notória rudeza que lhe explicasse aquela trapalhada toda. Contra o que penso seriam as suas expectativas iniciais, ou de se confrontar com um exagero de zelo de um jovem médico, ou mesmo com um indesculpável erro de diagnóstico, fruto, sabe-se lá, ou da inexperiência ou mesmo da ignorância, rapidamente verifiquei que mudou de tom de voz, ao acrescentar com toda a solenidade: Na realidade temos aqui um problema ... Não temos de facto condições para continuar a ter este doente aqui internado. Nem sequer temos o necessário “pace maker” provisório que o colega se prontificou a implantar!

Após breves instantes, em que pareceu estar meio absorto em congeminações um tanto ou quanto obscuras, voltou a adquirir uma postura de maior sobrançeria, e afirmou então num tom de voz uns quantos decibéis acima do registo anterior: Aquilo que você vai assistir agora, não poderá jamais dizer que se passou neste Hospital. Virou-se para o enfermeiro e ordenou-lhe que transmitisse à telefonista para efectuar uma chamada telefónica para o 115, dado que estava um doente na via pública numa situação de emergência médica.

Seguidamente, sem sequer pestanejar, exclamou ao mesmo enfermeiro e a um maqueiro que entretanto também tinha sido chamado ao local: Transportem imediatamente este doente para a entrada do Hospital, façam crer que ele estava a tentar entrar indevidamente aqui neste momento, e digam aos bombeiros para o transportarem de seguida para o Serviço de Urgência do Hospital de S. José.

E virando-se para mim, esclareceu-me: Afinal é ou não verdade de que na realidade se trata, nem mais nem menos, de um cidadão português que tem os mesmos direitos do que os demais que se encontram nos hospitais públicos? Aprenda mas é esta lição, porque o que nós temos de fazer é estarmos à altura das circunstâncias, sendo essencialmente práticos, e não complicar aquilo que, contra as aparências iniciais, até não foi assim tão difícil de resolver!

Foi nestas últimas palavras que eu estava a matutar quando, à luz do por de sol, atravessava a ponte 25 de Abril no meu carro, e contemplava o horror da fumarada que ainda saía da baixa Pombalina: Como é possível que certas pessoas tenham a consciência tranquila e consigam dormir diariamente descontraídos? Confortou-me, contudo, a ideia de que aquilo que me atormentava jamais seria possível de acontecer nos hospitais públicos do meu país...

Ao terminar a minha missão, ao fim deste mês verdadeiramente Infernal, cruzei-me na terça-feira seguinte com o colega a quem tinha feito o jeito, e que regressara na véspera de novo ao trabalho. Não demorou muito até que me interpelasse: Mas o que é que tu fizeste lá na seguradora, que eles não te querem ver nem pintado. E eu que julgava ter encontrado o colega ideal para me substituir a partir daqui nas minhas férias...

Ao que eu repositi de imediato: Eu é que não posso conceber como é possível pactuar com aquele estado de coisas. Sabes, é que há certos preceitos de índole técnica e ética que nós não devemos nunca alienar. É como diz o ditado: “tanto é ladrão o que rouba, como o que consente”.

Retorquiu então pensativo: No fundo, até tens alguma razão, mas nós temos que sobreviver, e aqui o que me pagam no hospital não dá para as despesas todas, e alguém tem que ser contratado para aquelas funções. Eu bem tento fazer o meu melhor, mas sem nunca por demasiado em questão a hierarquia. Ah, e a propósito dos imbróglis que me deixaste: o jovem da hipertensão já foi operado depois de ter realizado os exames que solicitaste e que foram todos normais, encontrando-se clinicamente bem; quanto ao doente do bloqueio AV completo, colocaram-lhe um “pace maker” provisório no Hospital de S. José, tendo sido posteriormente transferido para o Hospital de St^a Marta onde lhe implantaram finalmente um definitivo, regressando passados apenas dois dias à mesma cama de onde tinha saído. Como vês, tudo se resolveu e não há necessidade de levar as coisas demasiadamente a sério...

Nem respondi. A caminho da consulta externa, ao olhar inadvertidamente para a direita, lá vi a figura esfíngica do Director Clínico em amena conversa com um colega mais velho, à entrada de um dos pavilhões. Congeminei em surdina: Deve estar a interceder diligentemente pela saúde de outro qualquer doente do hospital daquela malfadada seguradora...

III)- E Agora? Elações para o Futuro!

(“... seria bom transformar a crise económica e social que assola o país, numa oportunidade de mudança ... mas isso não acontecerá facilmente ...”; “... a co-responsabilização, é necessário frequentá-la, exercitá-la todos os dias nas pequenas coisas da vida, para que possa emergir como um vínculo privilegiado dos processos deliberativos, que dizem respeito aos grandes desígnios sociais ... dediquemo-nos pois às causas da crise, para tratarmos das suas consequências ...”sic. Constantino Sakellarides in “Novo Contrato Social da Saúde: Incluir as Pessoas”)

E agora?!... O que é que se poderá fazer, quando nos dizem alto e bom som a cada instante que o País está à beira da falência económica, completamente subjugado pela dimensão da desenfreada especulação financeira desencadeada pelos dignos representantes sem rosto do agiotismo internacional que nos rondam diariamente, tal como fazem o abutre e a hiena, num duelo sem tréguas ou vencedores, pelos míseros despojos meio putrefactos do rei da selva,

seguindo os cruéis instintos das eternas leis de sobrevivência na natureza, realidade que infelizmente encontra cada vez mais paralelos no tipo sociedade que está sendo edificada.

Não é fácil, de facto.

Sem pretender ser demagogo ou extremista que não sou, diria que certamente, só através da coragem em afrontar as verdadeiras causas da crise, dizendo a verdade sem rodeios, e com um genuíno espírito de solidariedade planetária que permita ganhar para a causa a maioria dos cidadãos de todos os países. Nunca, tentando responder isoladamente e argumentando as estratégias a empreender utilizando precisamente os mesmos pressupostos daqueles que nos estão a tentar sufocar, rejeitando pois todas as tentativas de nos fazerem crer, demagogicamente, que está tudo sob controlo, e que tudo não passa de uma ligeira crise passageira.

Nós, médicos, temos a consciência, a experiência, e o dever de saber transmitir esperança, mas sem nunca esconder a gravidade clínica do caso. Indexamos intrinsecamente esse comportamento desde tempos muito remotos, e abominamos falsas mentiras piedosas para enganar os doentes e seus familiares, quer por questões deontológicas, quer por entendermos ser prioritário o respeito pela dignidade humana, seja em que contexto for.

Se não, tal como tem sido por demais patente, iremos de PEC em PEC até ao PIDE (Plano de Instabilidade e Decrescimento), o que irá certamente produzir movimentos sociais semelhantes ao que estamos presentemente a assistir nos países do árabes do Magreb e do Médio Oriente.

Neste contexto, para quê um Governo com mais do que uma dezena de Ministros e várias dezenas de secretários e sub-secretários de estado, quando na realidade bastaria um Super Ministro das Finanças acompanhado por uma boa vintena de obedientes secretários e consultores. E para quê também um Parlamento com mais de duzentos deputados e cerca de uma dezena de Comissões, quando bastaria apenas a sua quarta parte para satisfazer as reais necessidades legislativas do país.

Presentemente, assistimos atónitos ao desfilar diário de atropelos às boas normas de conduta cívica, em que, por exemplo, a realidade das instituições prestadoras de cuidados de saúde consiste em verem-se confrontadas com uma progressiva degradação da capacidade em cumprirem cabalmente a sua missão, situação que se irá agravar ainda mais de futuro por via dos cortes anunciados para os orçamentos de exploração corrente no decurso deste ano.

Nos Hospitais públicos, constatámos nos últimos quinze anos um crescimento exponencial do número de administradores, a implementação de uma catadupa de diferentes sistemas informáticos que frequentemente deixam de funcionar, mas que nos fazem perder a paciência com a sua exagerada demora no correcto funcionamento, a precarização progressiva do trabalho médico, sobretudo nos Serviços de Urgência, a complexificação absurda dos sistemas burocráticos de controlo administrativo, aberrações que, no conjunto, ajudam a explicar, a par da degradação das condições remuneratórias e da desarticulação das Carreiras Médicas, o estado de insatisfação da generalidade dos colegas e demais profissionais ligados

directamente à prestação de cuidados, sendo certo que são estes, e não aqueles, que são realmente necessários aos doentes.

Um dos mais eloquentes exemplos desta verdadeira obsessão com o controlo da actividade médica levada ao absurdo, é o caso da implementação generalizada e compulsiva da receita médica electrónica, anunciada para Março do corrente ano. Pergunta-se: E quando os sistemas informáticos deixarem de funcionar (o que acontece diariamente várias vezes, na minha experiência)? E quando os médicos forem fazer domicílios? E quando forem observar um cidadão estrangeiro a uma unidade hoteleira? Será que o Ministério irá fornecer gratuitamente “hardware”, “software” e mini impressoras portáteis a todos os médicos, doentes e instituições, à semelhança dos celebérrimos “Magalhães”?

Enquanto não valorizarmos a qualidade e a importância das profissões pelo seu real impacto social, e antes por critérios de notoriedade mediática. Enquanto não distribuirmos equitativa e proporcionalmente aos proventos de cada cidadão, família ou empresa, a factura a pagar pela alegada crise, mas antes fazer da administração pública o seu principal “bode expiatório”. Enquanto nos deixarmos literalmente esmagar por um valor perfeitamente amoral dos juros que estão a ser avaliados por agências internacionais de “rating” de idoneidade e isenção mais que questionável, que não deixam sequer qualquer espécie margem para o pagamento da própria dívida, a não ser que sejamos todos submergidos por uma espiral sem retorno de progressivo empobrecimento. Enquanto o mundo for cada vez mais parecido com um casino globalizado, em que os valores que são promovidos são os da fama e do sucesso a qualquer preço. Enquanto caminharmos no sentido de só os comprovadamente miseráveis terem direito aos apoios sociais, e empurrarmos todos os outros estratos para a miséria envergonhada e clandestina. Enquanto assistirmos impavidamente ao emagrecimento da classe média, e ao aumento sem limite dos dois extremos do espectro social, à semelhança da realidade dos países em vias de desenvolvimento. Enquanto nos aproximarmos cada vez mais do modelo “chinês”, em que a manufactura massificada que satisfaz o consumismo desenfreado do capitalismo mais objecto, reduz à mais ínfima expressão a dignidade da esmagadora maioria da população.

Enquanto, por fim, o exercício da medicina for cada vez mais imbuído de um mero espírito mercantilista, e progressivamente despojado da herança humanística de raiz hipocrática, reflexo de todas as disfunções anteriormente enumeradas, a doença da Sociedade e dos Cidadãos será cada vez mais incurável. Por isso, não nos devemos admirar nada do elevadíssimo índice de consumo (legal e ilegal) de psicotrópicos no nosso país e em muitos outros países por esse mundo fora, bem como das incomodativas taxas suicídio.

Mas o mais grave, é que o Governo entende que uma das grandes soluções para este grande de generalizado mal, é acabar com aquilo que considera serem os privilégios indevidos da Classe Médica, e que para tal, o mais eficaz é fomentar propositadamente um excedente de médicos a médio prazo, porque assim haverá sempre mão de obra dócil e barata, tal como já conseguiram fazer com os enfermeiros.

Cá estaremos para ver os mais que nefastos efeitos desta política, sobretudo para os próprios doentes. Passarão a ter médicos sem possibilidade de dispor de massa crítica que lhes proporcione a necessária experiência, compreensivelmente preocupados sobretudo com a

sobrevivência económica dos seus agregados familiares, inapelavelmente assalariados dos Estado ou dos grandes grupos económicos, cultores confessos dos valores do individualismo, disputando os próprios doentes para as suas listas, porque o que prevalecerá na avaliação individual serão sobretudo factores quantitativos, já que os de natureza qualitativa serão mais para constar nos relatórios que o país terá periodicamente de apresentar às organizações internacionais que nos auditam, ou então, para as poucas instituições que passarão a existir para tratar a minoria privilegiada da população.

E assim, o SNS que nasceu quando eu estava para ingressar na Faculdade, e as Carreiras Médicas de que a maioria dos colegas da minha geração se soube legitimamente orgulhar, estarão definitivamente remetidas para os manuais de História da Medicina, quando foram precisamente estas duas realidades que alcançaram o nível sanitário do país a uma posição jamais alcançada por outro qualquer sector de actividade, fruto, em grande parte, de um espírito de mobilização sem paralelo da grande maioria da classe médica em torno do ideal de bem servir o interesse dos doentes, e naturalmente também, satisfazer a sua necessidade de realização profissional, científica, intelectual, cultural, humanística e económica.

IV)- Conclusões a propósito de um Último Pensamento

(“... haverá alturas em que nada podemos fazer para impedir a injustiça, mas nunca poderá haver uma altura em que desistimos de protestar ...” sic. Elie Wiesel)

Eu sei que não basta protestar. É necessário algo mais. Nomeadamente, dar exemplo de coerência, de responsabilidade, de persistência, de inteligência, e de esperança.

Por isso, aceitei ao longo do meu percurso escolar e profissional desempenhar diversas funções, quer nas estruturas associativas da classe (Faculdade, Sindicato e Ordem), quer nas estruturas directivas hospitalares numa instituição pública (Direcção Médica e Direcção de Serviço), e não foi por ter pedido a exoneração e passado a contrato individual no CHS HSB, onde permaneço com um horário de 40 h semanais, que passei a lutar menos pela causa dos doentes e pelo Serviço que dirijo.

É também por acreditar que é sempre possível tentar alterar a realidade com que nos confrontamos que, volta e meia, partilho com os meus pares as minhas reflexões, longe dos holofotes dos media, na esperança que um destes dias, em conjunto com outros respeitáveis colegas, possamos ser finalmente ouvidos pelos decisores políticos.

Acredito convictamente que com um Novo Contrato Social da Saúde que inclua genuinamente as pessoas (doentes, cidadãos, profissionais e políticos), e ainda associações e empresas, como defendeu recentemente o colega Constantino Sakellarides, seja possível inverter esta penosa caminhada para o abismo. Com a condição de se deixar definitivamente de desrespeitar os direitos dos doentes, de aliciar com falsas esperanças os cidadãos, e de desconsiderar os profissionais.

E deste modo, evitamos que, um destes dias, nos confrontemos nas instituições públicas de saúde, com faltas de cateteres, “pace-makers”, ou tenhamos que transferir doentes para

unidades privadas, quer por insuficientes condições técnicas de segurança, ou pela falta de escrúpulos de um qualquer Director Clínico...

Setúbal, 2011/01/25