



José M. D. Poças

Médico Internista e Infeciologista; 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 I

“Num tempo de engano universal, dizer a verdade é um ato revolucionário” (George Orwell, escritor inglês, 1903-1950)

“O homem prudente não diz tudo o que pensa mas pensa tudo o que diz” (Aristóteles, filósofo grego, 384-322 a.C.)

“A coragem é a primeira das qualidades humanas, porque garante todas as outras” (Aristóteles, idem)

“A esperança seria a maior das forças humanas, se não existisse o desespero” (Victor Hugo, escritor francês, 1802-1885)

I)- Introdução

“O homem vive da razão e sobrevive de sonhos” (Miguel Unamuno, pensador espanhol, 1864-1936)

É vulgar dizer-se que o Mundo está em crise. Que o nosso País está também em crise. Que o setor da saúde está numa crise cada vez mais profunda. Tão vulgar, que o seu sentido vai progressivamente perdendo os contornos identitários originais e a tonalidade afetiva de um sinal de alerta inicial foi-se esfumando de seguida, pouco a pouco, na voracidade do tempo. No fundo, é como se uma indiferença paralisante nos anestiasse a alma e nos obnubilasse a razão. Tudo se passa, assim, como se essa mesma realidade fosse pacífica e progressivamente aceite como inevitável e estivesse permanentemente indexada ao nosso quotidiano pessoal e coletivo. Compreensível, mas certamente muito perigoso e contraproducente.

Não fora o real desespero de muitos dos doentes com que alguns de nós, profissionais de saúde, nos confrontamos amiúde, ou mesmo, a constatação de que um número

crescente desses mesmos profissionais estão a sofrer, eles próprios, de idêntica e tão maléfica “enfermidade”, e tudo isto talvez não fosse mais do que um efêmero, mas incómodo pesadelo. Porém, para uns quantos de nós, deixou definitivamente de ser possível abstermo-nos de clamar bem alto pela denúncia deste estado de coisas. É que o “Rei” já não vai propriamente nu como outrora. Já lhe tiraram mesmo a pele e se esvai lentamente, sangrando de morte à vista de todos, embora poucos tenham a coragem de o afirmarem pública e explicitamente, ou estejam prontos a deitar-lhe a mão em seu socorro. Algo que, com algumas eventuais exceções, nem mesmo alguns licenciados na arte da ciência médica, sobretudo os que nunca tiveram qualquer atividade clínica no seu registo biográfico, jamais o poderão compreender com a profundidade que advém da prática de tão inolvidável mister e da proximidade quotidiana com o Ser Humano sofredor.

A sensação que existe, de forma apenas latente para uma larga

maioria, mas que assume uma clarividência bem mais patente para aqueles que, de entre nós, tentam afanosamente compreender a verdadeira gênese destes fenómenos, é que ninguém quer (ou quis) deliberadamente destruir o SNS. O que existe, é uma política meio oculta e sub-reptícia que dura há vários anos que, sendo transversal a muitos governos e políticos, se caracteriza essencialmente pela sua progressiva asfixia. Como se as raízes de uma planta fossem secando lentamente por lhe terem exaurido o oxigénio, secado a água e sonogado os imprescindíveis nutrientes e, assim, a sua vitalidade se fosse perdendo ao ponto de deixar irremediavelmente de ser viável. Isto, para que um destes próximos dias, alguém do alto da sua eloquente cátedra venha clamar, de forma cínica e vertendo “lágrimas de crocodilo”: O “doente” já não é reanimável, apesar das denodadas tentativas dos melhores “especialistas”, pelo que não resta outra alternativa que não seja a de lhe passar o correspondente “atestado de óbito”...

Às vezes, é mesmo preciso que experimentemos a dolorosa sensação de perda para darmos o devido valor ao que tínhamos como certo, sobretudo para os que se comportaram com tão acintosa, nefasta e permanente “indiferença” face aos grandes problemas que nos afetam coletivamente! Vejamos, pois, de seguida, alguns exemplos daquilo que acabo de aludir, para melhor se poder compreender das razões que estão na base desta reflexão. A metodologia seguida visou privilegiar, sobretudo, a autenticidade do pensamento e das emoções, no intuito assumido de fugir aos estereótipos tão idolatrados no momento presente e segundo os quais as pessoas se vão aparentemente parecendo cada vez mais umas com as outras, mas em que, paradoxalmente, cada um aparece antes como um verdadeiro estranho perante si próprio, integrado numa sociedade que, sendo edificada pelos Homens, cada vez faz dos Seres Humanos algo de supérfluo e dispensável!!!

II)- Os Doentes

“O maior pecado para os nossos semelhantes não é odiá-los, mas sim tratá-los com indiferença” (George Bernard Shaw, ensaísta inglês, 1856-1950)

Ser doente não é mesmo nada fácil. Costumo dizer aos meus doentes, a este propósito, o seguinte: Talvez eu faça uma ideia mais aproximada do que é estar no lugar deles, do que estes fazem, do que é estar no meu (médico e diretor de serviço de um hospital público), tal é a magnitude das graves disfunções provocadas pela enorme burocracia e pela gritante ineficiência dos meios tecnológicos que, levadas aos limites do absurdo, literalmente nos submergem e revoltam, fazendo-nos desesperar nos bastidores, uma vez, ou em plena con-

sulta, na frente do próprio doente (e do computador!), noutras. No entanto, não deixo de acrescentar sempre que, pela minha vontade, jamais inverteria a posição. Essencialmente, porque tenho a efetiva consciência de duas coisas. Em primeiro lugar que, por mais que nos contrarie exercer a atividade clínica nas circunstâncias que nos têm vindo a ser impostas, sou médico por vontade própria e por vocação, sendo pois um verdadeiro privilégio e uma enorme honra sentir-me constantemente útil aos doentes, aos demais cidadãos e à sociedade. É que este tipo de sentimentos, no decurso do exercício de uma qualquer outra profissão é, nos dias de hoje, uma absoluta raridade, sendo também condição imprescindível de realização profissional e pessoal. Em segundo lugar, porque só se sabe efetivamente o que é estar doente, sendo-se doente, e que ser-se doente é, certamente, integrar a parte mais vulnerável desta complicadíssima “equação”, o que, naturalmente, de todo, jamais injerei.

Por muito que nos queiram “pintar o quadro” de modo diferente, a realidade dos factos é que a atual crise económica teve (e continua a ter) implicações terríveis na vida de muitos doentes. Alguns deles deixaram de estar isentos do pagamento de taxas moderadoras, para passarem a estar dispensados, o que, justificadamente (!?...), interpretaram como sendo o primeiro passo para, um dia destes, passarem a pagá-las mesmo na consulta de especialidade onde se tratam da sua principal doença. Tal foi o caso dos infetados por VIH, que passaram a ter de pagar sempre que são referenciados a outras consultas ou ao próprio serviço de urgência para resolverem os demais problemas de saúde que frequentemente acompanham o seu estado de

imunodeficiência, a não ser que preencham os critérios definidos para a denominada “insuficiência económica”, digo, “indigência”. Noutros, como no caso dos infetados por vírus hepatotrópicos, que antes estavam isentos, passaram a ter que pagar todas as taxas moderadoras (incluindo consultas, atendimentos no serviço de urgência e exames auxiliares de diagnóstico, independentemente da especialidade) com a mesma exceção anteriormente referida. O mesmo se aplica ao transporte que frequentemente têm que utilizar para se deslocarem ao hospital. É pois lícito relembrar que o preceito Constitucional de o SNS ser “gratuito”, passou a ter a eufemística redação de “tendencialmente gratuito” e, depois, foi o que todos constatámos. As taxas moderadoras foram instituídas e os seus valores foram subindo, ao ponto de deixarem de ser um alegado desincentivo ao denominado “consumismo” dos cuidados de saúde, para serem um verdadeiro co-pagamento, o que muitos sentem que desvirtua completamente a intenção inicial... Aquelas realidades, a par da forte diminuição dos apoios sociais, da enorme taxa de desemprego, da grande precariedade dos vínculos contratuais de trabalho, dos ordenados cada vez mais exíguos, da emigração em números só comparáveis à registada nas décadas de 50 a 60 do século passado, da crescente dificuldade em conseguir um seguimento clínico adequado no país de destino (apesar dos múltiplos acordos bilaterais ou, mesmo, ao nível comunitário, oficialmente celebrados no âmbito da CEE, que supostamente o deveriam garantir), da acentuada desestruturação da instituição familiar e do tecido social de suporte, das enormes dificuldades na deslocação para o hospital onde alguns dos cuida-

dos médicos têm que ser prestados (seja pela distância, seja pela quase inexistência de transportes públicos às horas mais convenientes, ou pelos custos inerentes, etc.), tudo isto contribuiu, decisivamente, para piorar os índices de bem-estar, mesmo que tal não seja efetivamente extraível das respetivas estatísticas oficiais disponíveis.

Basta escutar os seus permanentes lamentos e angústias, ou assistir às sucessivas tentativas de solução, muitas vezes infrutíferas, das assistentes sociais ou das denominadas ONGs! É frequente darm-nos conta que têm, por vezes, de optar por tomarem, além dos antivíricos (gratuitos), apenas uma parte da restante terapêutica (para profilaxia de certas complicações oportunistas, ou para tratamento de outros problemas de saúde concomitantes, bastante frequentes e com eventuais implicações muito nefastas no seu prognóstico vital e funcional também), como seja o caso dos medicamentos para a hipertensão arterial, para a diabetes, para a dislipidemia, ou para a osteoporose, etc. Pagar do próprio bolso uma prótese dentária ou auditiva, fazer um tratamento estomatológico, comprar uns óculos, adquirir um apoio ortopédico fica, muitas vezes, completamente fora da capacidade económica de alguns doentes, mesmo dos que não são classificados no patamar que oficialmente define a condição de indigência. O que não deixa de ser irónico é que lhes é fornecida gratuitamente terapêutica que custa ao erário público muitos milhares de euros, e depois não se consegue que adquiram o que é muito menos oneroso, quando isto poderá, pelas aludidas complicações decorrentes, anular, parcial ou integralmente, todo o vultuoso investimento já efetuado.

Um notável exemplo que corpori-

za precisamente toda esta contradição diz respeito ao caso de um doente que esteve internado na enfermaria do Serviço que dirijo em Setúbal até há muito pouco tempo, com alta clínica há mais de um ano, que sempre qua saía do hospital, com a sua imunodeficiência bem controlada, logo tinha que reentrar através do Serviço de Urgência, porque simplesmente era impossível assegurar a regularidade necessária da toma da sua medicação, pois apresentava uma conjugação “explosiva” de três fatores que quase não encontram resposta cabal na realidade atual do nosso País: Estar infetado por VIH, ter doença psiquiátrica e ser um denominado “problema social” sem qualquer suporte familiar minimamente estruturado. Quanto não terá custado este internamento ao orçamento da instituição? Quantos doentes poderiam ter beneficiado destes mesmos cuidados, se a cama que ele ocupou (indevidamente...) tivesse ficado vaga logo que o mesmo teve alta clínica? Quantos doentes poderiam ter deixado de estar incomodamente deitados durante dias a fio, em macas no corredor do Serviço de Urgência, à espera de uma cama a que tinham pleno direito? Quem será verdadeiramente responsável por este enorme prejuízo? Por mim, na qualidade de médico e de diretor de serviço, enquanto não fosse encontrada uma solução digna para o cidadão, estaria na disposição de o manter internado o resto da sua vida. Jamais imaginaria, sequer, mandar pô-lo à porta do Hospital. E, por isso, uma dúvida inquietante me assalta o espírito, sempre que penso em casos semelhantes (que não são tão raros assim, embora quase nunca com esta tão grande dimensão): Será, de futuro, sempre assim? Não assistiremos, tal como noutros países “mais evoluídos”,

um dia destes, à alta compulsiva e administrativa deste tipo de doentes, a mando de um qualquer “assético” e “competentíssimo” burocrata?

A percentagem de doentes que não aderem regularmente aos cuidados de saúde, na realidade do Serviço que dirijo, orça os 30%, o que implica que, segundo os modelos matemáticos credíveis que nos permitem conhecer e antecipar adequadamente a evolução epidemiológica das doenças transmissíveis, como no caso da infeção por VIH, as mesmas não irão ser tão facilmente controladas quanto seria possível e desejável (e é apontado pela ONUSIDA como uma meta para 2020, ou seja, 90% de doentes identificados, 90% destes em tratamento, e 90% dos quais com virémia indetetável, estratégia a que Portugal aderiu sem reservas...), esbatendo-se assim, grandemente, o impacto positivo do muito vultuoso investimento realizado com as terapêuticas bastante eficazes de que hoje em dia dispomos. Demonstrou-se também, inequivocamente, as vantagens, quanto à custo-efetividade, de passar a ter políticas verdadeiramente conseqüentes de identificação precoce (e por vezes, mesmo, sistemática) dos infetados (quer para o VIH, quer para os vírus hepatotrópicos e outras DTSs). Mas onde estão elas, pergunto? Será que não se entende que os serviços hospitalares de especialidade não são, eles mesmos, suficientes para ultrapassarem sozinhos tamanhas adversidades, por mais imaginativos e eficazes que possam ser, sem a ajuda de outras estruturas de apoio, quer na comunidade, quer internas à própria instituição?

Nota: 1ª de 4 Partes. Continua no nº 173 de Outubro com o capítulo III)- Os Médicos