

Artigo para a Revista da OM

Título: “Fragmentos de uma realidade, como mote de uma reflexão acerca da realidade atual do SNS, a partir das citações de três filósofos e de uma homenagem a quatro médicos”

Autor: José M D Poças (Médico, Diretor de Serviço de um Hospital Público em regime de CIT)

“Não se é menos culpado não fazendo o que se deve fazer do que fazendo o que não se deve fazer” (Marco Aurélio, imperador romano, 121-180)

Ex.ª Sr.ª Ministra da Saúde, Dr.ª Marta Temido

O meu colega Miguel Guimarães, atual Bastonário da OM, afirmou recentemente na AR que existe um nefasto clima que paira sub-repticiamente nas unidades de saúde que, de uma forma não explícita, desincentiva os médicos a denunciarem as insuficiências do sistema. Não discordo, e antecipo mesmo algumas possíveis explicações: Porque os mesmos se sentem indiretamente intimidados, receando represálias; porque desistiram de se inconformar, pois já se consideram desprovidos das energias anímicas necessárias para tal; porque decidiram encetar projetos profissionais e pessoais alternativos. Poucos persistem, paciente e coerentemente, a respeitar uma obrigação do nosso venerando código deontológico que nos “obriga” a ter tal atitude. Independentemente das consequências. Por mero imperativo ético e de consciência cívica. Não importando qual o partido que governa ou quem é a pessoa que está investida nas funções de Ministro. Finalmente, por respeito ao intemporal desígnio, tão bem proclamado pelo afamado imperador (e meio filósofo), referido em epígrafe, através da citação que escolhi para iniciar esta reflexão. A que outras se seguirão. Com a esperança de que venha, desta vez, a valer a pena...

Assim sendo, e na senda do que quis dizer o insigne filósofo grego, Aristóteles, quando exclamou que *“o ignorante afirma, o sábio duvida e o sensato reflete”*, mais do *“afirmar certezas”*, *“apenas”* pretendo, através de alguns exemplos, expor com a máxima sensatez (e coragem), a ideia de que *“as coisas”*, ao contrário do que os nossos governantes vão dizendo, não vão nada bem. Porque, para além do mais, e como tenho reiteradamente afirmado em sucessivos artigos deste teor ao longo de muitos anos, também creio profundamente no sentido daquilo que se pode depreender do que foi exarado por um outro grande filósofo francês, Denis Diderot, que, com muito propósito, deixou lapidarmente escrito que *“o que nunca foi questionado nunca foi provado”*. Portanto, passarei, de seguida, a explicar os três (na realidade, quatro) exemplos com que pretendo questionar Vª Exª.

- 1- Como é possível que um Serviço de um Hospital da cidade capital do nosso País, tenha que assegurar as urgências de toda a região sul do país durante a noite, apenas com um interno de especialidade e um jovem especialista, sem apoio específico de enfermagem, numa instalação completamente disfuncionais e degradadas. Mesmo fora do período estival de férias e num dia de semana. Tal é o caso da especialidade de Oftalmologia do CHULC que, adicionalmente, é ainda responsável pelo atendimento da população pediátrica e, caso os seus elementos sejam simultaneamente solicitados para uma outra emergência, se têm de deslocar de imediato para o Hospital respetivo (Dª Estefânia), ficando assim literalmente impossibilitados de continuarem a receber e a acompanhar os doentes adultos que entretanto forem chegando ao SU do H. de S. José, ou mesmo os que por lá já estiverem em observação. Foi isso que verifiquei *“in loco”*, quando, há cerca de dois meses, me tive que aí deslocar com a minha esposa (e colega), vítima de um grave acidente, na sequência do qual teve de ser intervencionada de urgência, na tentativa de evitar que ficasse com graves sequelas sensoriais desse foro, após ter sido

primeiramente submetida a uma cirurgia de um esfacelo da face no Hospital Distrital da cidade onde residimos e trabalhamos. Por “sorte”, a essa hora, nenhum pediatra solicitou os serviços da equipa de Oftalmologia escalada.

Quando era jovem especialista (e já Chefe de Equipa), na década de 90 do passado século, havia escala de urgência dessa especialidade no Hospital de S. Bernardo em Setúbal. Que enorme “*downgrade*” no nível de prestação de cuidados de saúde, no curto espaço de apenas três décadas...!!! Para onde caminharemos, se esta evolução catastrófica não for revertida?

- 2- Os CDPs estão numa profunda crise, devido à enorme carência de recursos humanos especializados. Os colegas vão-se reformando “aos magotes” e não são substituídos por outros com idêntica carga horária e tipo de relação contratual. Está em causa, assim, a própria saúde pública e os necessários cuidados de proximidade a uma população com exigências muito específicas, numa área, a da tuberculose, de vital importância que, paradoxalmente, é oficialmente considerada, pela OMS (e pelas autoridades portuguesas, claro está...) como “prioritária”... E se o não fosse, como seria então?
- 3- Portugal aderiu recentemente, “sem reservas”, à iniciativa internacional denominada de “*Fast Track Cities*”, no sentido de se prosseguir o combate à pandemia da infeção por VIH (e, adicionalmente, das hepatites virais), almejando tornar residual a transmissão desses vírus ao nível comunitário no espaço de cerca de 10 anos, pois a sua implementação permitiria ajudar a identificar os infetados que ainda não sabem sê-lo, reconhecendo-se que são estes, “involuntariamente”, os principais responsáveis pela grande maioria das novas infeções, sobretudo ao nível dos grandes aglomerados populacionais urbanos.

Para isso, seria necessário, logicamente, alargar muito a realização do teste rápido “*point of care*” e fazer uma grande campanha de sensibilização dirigida, tanto à população, em geral, quanto aos próprios profissionais de saúde, em particular. Como isto envolveria, inevitavelmente, um dispêndio avultado de recursos (que o MS não disponibilizou...), tal só seria possível de ser conseguido, através da abertura de um concurso para doadores, em que seria fundamental garantir duas condições imprescindíveis: Não admitir a exclusividade de nenhuma entidade (singular ou coletiva, se fosse privada), e, se os fundos fossem oriundos da indústria farmacêutica, ficar explicitamente exarado que tal nunca poderia ter qualquer contrapartida, direta ou indireta, nas normas terapêuticas (nacionais e/ou institucionais) vigentes, logo, nos níveis de consumo dos medicamentos a serem prescritos pelos respetivos médicos especialistas.

Foi isso que não foi acordado com o Laboratório promotor do Programa “*Focus*”, que poderia vir a colmatar parte das insuficiências referidas (mas deveria ter sido, como insistentemente disse em diversas reuniões oficiais em que participei). O que serviu de expediente para que fosse recusada da sua implementação nos hospitais públicos, a começar por aquele onde trabalho, embora as mesmas autoridades que disseram verbalmente estarem de acordo, sem contudo se comprometerem por escrito, “não se tivessem importado” de que tal fosse antes implementado num Hospital sob administração privada (“PPP”). Embora, no qual, paradoxalmente, os doentes monoinfetados pelo VHC assim identificados, não tivessem tido o mesmo acesso a aí serem tratados durante muitos meses e até data muito recente, em flagrante contraste com os restantes, porque tal não constava do “caderno de encargos” convencionado entre as partes. O mesmo tendo acontecido nas duas instituições prisionais adjacentes, tal como aos cidadãos que realizavam esse teste, ao abrigo de um programa de índole

semelhante, que, entretanto, se havia iniciado nas farmácias comunitárias desse mesmo Concelho de Cascais...

Mas, se o receio, era, no fundo, o possível incómodo pela imagem destas iniciativas aparecerem, perante a opinião pública, como “indevidamente” coladas à indústria farmacêutica, porque é que uma iniciativa completamente independente desta e de índole não interventiva, com origem no Departamento de Matemática da Faculdade de Ciências do Porto, a que estive associado, que visava “apenas” fazer um exercício de modelação previsional de teor epidemiológico a partir dos dados do programa oficial de registos dos doentes com VIH em Portugal (SiVIDA), nunca obteve permissão de acesso, apesar de tal ter sido insistentemente solicitado, ao longo de vários anos, junto dos organismos hierarquicamente competentes? Até dá a sensação que vivemos, não no mesmo país, mas antes em vários, tal a multiplicidade de chocantes e inexplicáveis diferenças na aplicação das políticas de saúde às diversas parcelas do território nacional. Sr^a Ministra. O espaço para esta exposição está prestes a esgotar-se, segundo os critérios do Editor, condicionalismo que tenho obviamente que respeitar. Não fora isso, poderia ainda acrescentar mais alguns exemplos. Só gostaria, ainda, de lhe poder transmitir uma derradeira e importante mensagem.

Um sistema humanizante e humanizado, em saúde, é o que se preocupa com a humanização da prestação de cuidados, não só na vertente do doente, mas também na do profissional. Não consigo conceber que se privilegie apenas uma das partes desta indissociável parceria. É que o que se passa presentemente, e se vem agravar há um bom par de anos a esta parte, é que existe uma generalizada e patente insatisfação dos médicos (e dos restantes profissionais do setor) com este estado de coisas.

O ameaçador “*burnout*” atinge proporções esmagadoras; muitos dos Serviços estão assentes em profissionais nas 6^a e 7^a décadas de vida, dado que a imprescindível renovação geracional não acompanhou as necessidades decorrentes do vazio criado por aqueles que saíram por reforma, por doença, por morte, para a emigração ou pela transição para outros projetos profissionais; a descrença nunca foi tamanha, porque o congelamento das carreiras atingiu os limites do insuportável, os concursos abertos arrastam-se por anos a fio, entre a data da abertura (muitas vezes, tardia) e a data em que produzem efeitos práticos, para além dos ordenados serem ridiculamente baixos; a frustração é galopante, porque as condições de trabalho se degradaram a patamares nunca antes imaginados, e as exigências burocráticas, bem como as terríveis insuficiências das ferramentas informáticas disponibilizadas, que são verdadeiramente insuportáveis, para isso contribuem decisivamente.

O principal exemplo disto (o 4^o desta listagem), foi a decisão de “passar a disponibilizar um médico de família a umas quantas centenas de milhar de cidadãos”, não através da colocação de mais médicos generalistas em novos Centros de Saúde, mas antes à conta da quase “escravidão” dos colegas dos cuidados primários já existentes, pois viram administrativamente aumentada a capitação da sua lista de doentes em cerca de 25%, sem qualquer acréscimo remuneratório, sendo “obrigados” a cargas horárias semanais muito superiores ao contratualizado (sem que, contudo, sejam “oficialmente” contabilizadas pelos meios informáticos!!!), para tentarem colmatar as naturais insuficiências daí resultantes (e, mais uma vez, sem qualquer compensação pecuniária), o que os leva a terem de se confrontar (e conformar...) com a transformação das consultas médicas, numa tosca caricatura do verdadeiro ato médico, pois mais se parece com uma “linha de montagem de ver doentes”, do que com uma sã e profícua relação médico-doente. E tão importante que ela é Sr^a Ministra!

Para a satisfação do doente. Para a realização profissional do médico. Para que se tenha tempo para fazer a anamnese e a consequente observação clínica, bem como para se poderem requisitar, de forma adequada, os exames auxiliares de diagnóstico realmente necessários, e se ponderarem depois as implicações clínicas dos seus resultados. Também para se evitar a prática generalizada da denominada medicina defensiva, tão nefasta (e onerosa!). Para, ainda, se ser assertivo e eficaz na prescrição medicamentosa. Para, por fim, assim se economizarem recursos (incluindo, financeiros) e melhor contribuirmos, quer para a imprescindível sustentabilidade do sistema, quer para a vital humanização da prática da Medicina.

Porque a grande maioria dos médicos (e dos restantes profissionais) não é como o que os cidadãos vêm demagogicamente escarrapachado nos tabloides informativos, sempre que rebenta novo escândalo, como recentemente aconteceu. São, como os que atenderam, com toda a competência e carinho, mau grado a chocante degradação das condições de trabalho, a Ana, naquela fatídica madrugada. Como, de resto, tenho a convicção que o fazem, aos demais doentes. Bem hajam os colegas Carlos Trindade, Joana Ferreira, Paulo Coelho e Ricardo Dias por não terem (ainda) desistido de, com o seu exemplo, contribuírem, todos os dias, para sensibilizarem os nossos governantes para aquilo que verdadeiramente importa ao doente, objeto primeiro e último da nossa missão: O exercício da Medicina segundo a *“leges artis”* e os ditames da ética. Como a maioria sempre o fez. Independentemente das enormes deficiências das condições de trabalho e dos proventos económicos. Independentemente das políticas e dos políticos. Até quando?

Porque não se é bom médico, nem bom governante, desconhecendo o âmago da natureza humana ou sendo-se indiferente às consequências do sofrimento e da deficiência. Porque isso é condição imprescindível para salvar(mos) aquele que foi (e ainda é...) o melhor serviço público do regime democrático português.

Setúbal 2019/07/16

José M D Poças